



---

Cour III  
C-1092/2018

## Arrêt du 30 juillet 2019

---

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),  
Vito Valenti, Viktoria Helfenstein, juges,  
Daphné Roulin, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France)  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE,**  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité, non-entrée en matière sur une nouvelle  
demande (décision du 30 janvier 2018).

**Faits :****A.**

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressée ou la recourante) est une ressortissante française, domiciliée en France, née le (...) 1962 (AI pces 19 et 20). Après avoir travaillé plusieurs années en Suisse (AI pce 40 [p.1]), elle a été engagée en France dans une grande surface d'abord en tant que « responsable au rayon charcuterie traditionnelle » puis dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009 « responsable coffre » à temps partiel (AI pces 1 [p.2], 20, 26 et 40 [p.2]).

**B.**

**B.a** A. \_\_\_\_\_ est en arrêt maladie depuis le 15 mai 2014 (AI pces 1 [p.2] et 26 [p.2]), soit depuis son opération du 16 mai 2014 à l'épaule droite pour la réparation de la coiffe des rotateurs (AI pce 2). Suite au dépôt par l'assurée d'une demande de prestations AI auprès des autorités compétentes françaises le 29 janvier 2016, celles-ci ont également adressé une telle demande à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure ; AI pce 19). La documentation versée à la procédure fait état ces dernières années des atteintes à la santé suivantes :

- hallux valgus du pied gauche en 2008 et du pied droit en 2015 (AI pces 1 [p.2], 2, 12, 14, 15 et 18),
- prothèse de hanche totale à gauche le 30 mars 2009 (diagnostic de coxarthrose gauche ; intervention d'arthroplastie totale de hanche ; AI pces 1 [p.2], 2, 16 et 17),
- intervention à l'épaule droite en 2010 pour une plastie de coiffe sous endoscopie (AI pce 1 [p.2] et 2) et seconde intervention toujours à l'épaule droite en 2014 pour la réparation de la coiffe des rotateurs associée à une ténotomie du chef long du biceps brachial (AI pces 2 et 10),
- intervention d'un kyste articulaire du pied gauche en 2016 (AI pces 1 [p.2] et 13),
- fibromyalgie (CIM-10 F45.4 ; AI pces 1 [p.8] et 3),
- discopathie étagée cervicale et lombaire entraînant névralgies cervico brachiales et sciatiques à répétition de polyarthralgies diffuses (rapport du médecin traitant du 3 novembre 2015 [AI pce 6] ; scanner cervical

du 11 août 2015 [AI pce 7] ; IRM du rachis lombaire du 16 juillet 2015 [AI pce 8 ; radiographie du rachis cervico-dorsal du 16 mai 2015 [AI pce 9]), pincement discal modéré L4-L5 et prononcé L5-S1 avec spondylolisthésis (AI pce 11), hyperlordose lombaire et spondylolisthésis ainsi que discopathies L4/L5 et L5/S1 (AI pce 17),

- état de rhumatismes chroniques (AI pce 6).

**B.b** Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), soit pour lui le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialisation non indiquée, s'est déterminé sur les différentes atteintes à la santé de l'intéressée (cf. rapport final du 23 juin 2016 [AI pce 43]). Il a arrêté une longue liste de diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail. Concernant les douleurs à la hanche droite (cf. le bilan radiologique du 20 février 2015 [AI pce 11]) et le diagnostic de troubles somatoformes douloureux chroniques, il précise que ces atteintes ne sont pas incapacitantes. Enfin, le Dr B. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostic principal le syndrome de la coiffe de rotateurs de l'épaule droite (CIM-10 M75.1) dont l'assurée a été opérée en 2010 puis réopérée en 2014. Selon lui, cette intervention justifie une incapacité totale de travail pendant 2 à 3 mois puis une reprise est envisageable dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles ; il n'y a ainsi pas d'incapacité de travail de longue durée pour cette atteinte et l'activité habituelle est envisageable.

**B.c** Par projet de décision du 29 juin 2016 (AI pce 44), puis par décision du 27 septembre 2016 (AI pce 45), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de A. \_\_\_\_\_. Cet office a retenu qu'il n'y avait pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année. En effet, l'exercice de son activité lucrative à temps partiel et l'accomplissement des travaux habituels du ménage sont toujours exigibles dans une mesure suffisante. L'intéressée a informé l'OAIE par lettre simple du 13 octobre 2016 (timbre postal) qu'elle était toujours malade et qu'elle était dans l'attente d'une attribution de pension d'invalidité en France (AI pce 46).

## **C.**

**C.a** Le 20 septembre 2017 (timbre postal ; AI pce 60), A. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAIE une nouvelle demande de prestations. Elle fait part d'une nette détérioration de sa maladie et que cette aggravation a été reconnue par les autorités compétentes françaises en matière d'invalidité lui octroyant une pension d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2017. L'intéressée a joint à sa demande la documentation médicale suivante :

- des fiches d'aptitudes médicales des 12 et 26 avril 2016 (AI pces 53 et 54),
- un rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_, cardiologue, quant à l'intervention du 18 novembre 2016 par cardioversion électrique (AI pce 50 [p.2]) et le bulletin relatif à l'hospitalisation de l'intéressée du 17 au 19 novembre 2016 (AI pce 50 [p.1]),
- un rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_, cardiologue, suite à la consultation de l'intéressée le 30 décembre 2016, constatant une tachycardie atypique par réentrée intranodale de surveillance simple (AI pce 51),
- un rapport d'échographie de la racine de la cuisse droite du 5 décembre 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_ faisant état d'un volumineux hématome des tissus kilos sous-cutanés au niveau de la racine de la cuisse droite à sa face interne en rapport avec une voie d'abord vasculaire (AI pce 52),
- un certificat médical du 7 février 2017 (AI pce 57) et un compte-rendu du 7 février 2017 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, médecin au service de rhumatologie, concernant une hospitalisation du 3 au 7 février 2017 un bilan d'un syndrome polyalgique (AI pce 58) ; il ressort de ce dernier document que l'intéressée présente un tableau douloureux chronique évoluant depuis 2008 associant des douleurs rachidiennes, des douleurs de l'épaule droite et un tableau plus généralement polyalgique diffus ; par ailleurs, il est fait état d'une épaule droite actuellement douloureuse dans toutes les amplitudes en passif et en actif sans limitation des amplitudes articulaires,
- un rapport d'infiltration intra-articulaire de l'épaule droite sous contrôle scopique du 6 mars 2017 (AI pce 55) et un arthroscanner de l'épaule droite du 31 mai 2017 montrant une rupture transfixiante du tendon du supra-épineux (AI pce 56).

**C.b** Le SMR s'est déterminé sur la nouvelle demande précitée dans le cadre de son rapport médical du 9 novembre 2017 (AI pce 62). Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialisation non précisée, a posé comme diagnostic principal (i) un syndrome de la coiffe des rotateurs à droite (CIM-10 M75.1) et (ii) un status post cure de coiffe des rotateurs de l'épaule droite pour rupture en avril 2010, puis réopéré le 16 avril 2014. En outre, a été posée une longue liste de diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail. Dit médecin constate qu'une nouvelle intervention à l'épaule droite est envisagée (rupture du tendon du supra-épineux constatée par arthro-

scanner du 31 mai 2017). Néanmoins une telle intervention justifie une incapacité totale de travail de 3 mois puis une reprise de l'activité. En outre, il explique que l'hospitalisation en rhumatologie du 3 au 7 février 2017 découle d'un tableau douloureux chronique évoluant depuis 2008 et cette ancienne atteinte n'a pas de répercussions sur la capacité de travail. Il conclut à ce que la nouvelle documentation médicale n'établit pas de manière plausible que l'incapacité de travail s'est modifiée de manière à influencer le droit aux prestations ; l'aggravation étant transitoire, elle ne justifie pas une incapacité de travail durable.

**C.c** Par projet de décision du 20 novembre 2017 (AI pce 63), l'OAIE n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de A. \_\_\_\_\_. Par courrier du 30 novembre 2017 (timbre postal ; AI pce 64), l'intéressée s'est opposée au projet précité. Elle a fait valoir que les autorités françaises lui ont reconnu son statut d'invalidé à titre temporaire dès le 1<sup>er</sup> mai 2017 (catégorie 1 ; annexe 10 TAF pce 1), de sorte qu'elle demande une révision de son dossier en Suisse. Par décision du 30 janvier 2018 (AI pce 66 et annexe TAF pce 1), l'OAIE a confirmé son projet de décision et n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande.

## **D.**

**D.a** Par acte du 21 février 2018 (timbre postal ; TAF pce 1), A. \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif fédéral. Elle a invoqué que son état de santé s'est aggravé et qu'elle souffre d'un syndrome fibromyalgique ainsi que de rachialgies dégénératives à la fois cervicales et lombaires. Elle explique qu'une nouvelle rupture de la coiffe, totalement irréparable, a été diagnostiquée, de sorte que son épaule est quasi inutilisable provoquant un lourd handicap dans sa vie quotidienne. Elle a transmis – outre des rapports déjà produits (AI pces 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 29, 50 [p.2], 52, 55, 56 et 58) et des documents antérieurs à la première décision de l'OAIE (annexes 36, 43, 46, 54, 55, 56, 59, 62, 65-70 et 71-77 TAF pce 1) – de la nouvelle documentation médicale, à savoir :

- un rapport médical du 12 décembre 2017 du Dr F. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, faisant état d'une rupture itérative, irréparable, de la coiffe des rotateurs, en raison de l'ascension de la tête humérale, constatant que le traitement de l'épaule droite doit rester médical avec kinésithérapie de renforcement des muscles abaisseurs de l'épaule voire infil-

tration cortisonique à visée antalgique et concluant selon toute vraisemblance à une arthrose sterno-claviculaire favorisée par la sur-sollicitation de cette articulation (annexes 16-17 TAF pce 1),

- un scanner de l'épaule droite du 10 janvier 2018 concluant à un aspect érosif de l'articulation sterno-claviculaire avec la présence de multiples lésions géodiques d'hyperpression sous-chondrale notamment au niveau de l'extrémité proximale claviculaire, sans signe actuellement de collection articulaire ou périarticulaire (annexe 18 TAF pce 1),
- un rapport médical du 15 janvier 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, retenant le diagnostic d'arthrose sterno-claviculaire (annexe 19 TAF pce 1),
- un rapport médical du 2 février 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, résumant en substance les atteintes à la santé de sa patiente et constatant qu'elle est inapte au travail à plus de 80% pour une période définitive (annexe 12 TAF pce 1).

**D.b** A. \_\_\_\_\_ s'est acquittée dans le délai imparti de l'avance de frais présumés à hauteur de 800 francs (TAF pces 2 et 3).

**D.c** Par réponse du 24 mai 2018 (TAF pce 5), l'OAIE a proposé de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée. Le médecin SMR est d'avis qu'aucun document récent ne rend plausible une modification de l'état de santé (en particulier l'atteinte à l'épaule droite) ayant une influence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou adaptée.

**D.d** Par réplique du 27 juin 2018 (TAF pce 7), A. \_\_\_\_\_ a en substance confirmé son recours et a fait parvenir – en sus de rapports médicaux déjà produits (AI pce 58 et annexes 16-17 TAF pce 1) – un rapport médical manuscrit du 14 juin 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, faisant état d'une aggravation de l'état de santé psychique et physique de sa patiente depuis 4 mois. Par courrier spontané du 2 août 2018 (timbre postal ; TAF pce 11), A. \_\_\_\_\_ a encore produit (i) une attestation de suivi de soins auprès d'un acupuncteur et ostéopathe ainsi que (ii) un document français révisant sa rente d'invalidité en France pour l'augmenter (catégorie 2).

**D.e** Suite à une prolongation de délai (TAF pces 9 et 10), l'OAIE a dupliqué le 17 août 2018 et a persisté dans ses précédentes conclusions, à savoir le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 13).

Invitée à déposer ses remarques éventuelles (TAF pce 14), la recourante ne s'est pas déterminée.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1, 2014/4 consid. 1.2).

**1.2** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b 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 PA. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.3** En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours du 21 février 2018 est recevable quant à la forme. Dès lors, le Tribunal entre en matière sur le fond.

### **2.**

**2.1** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 355 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2).

**2.2** S'agissant du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son

annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C\_870/2012 du 8 juillet 2012 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

**2.3** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2 ; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

**2.4** En l'occurrence, la recourante est une ressortissante française résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne (AI pce 19). La décision attaquée de non-entrée en matière ayant été rendue le 30 janvier 2018, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions légales de droit suisse en vigueur à cette date.

### **3.**

En l'espèce, le litige s'inscrit dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 20 septembre 2017. Il porte sur la question de savoir si l'OAIE n'est à juste titre pas entré en matière sur ladite demande, en retenant que l'intéressée n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

### **4.**

**4.1** En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (RS 831.201 ; en lien avec l'art. 17 LPGA), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité

était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si la personne assurée établit de façon plausible (« glaubhaft ») que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

**4.2** Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande, si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68). Il appartient à la personne assurée à démontrer que ses allégations sont plausibles faute de quoi l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (arrêts du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006 consid. 1.1, I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). C'est donc la personne assurée qui supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestation. 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 125 V 410 consid. 2b ; arrêt du TF 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). Le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants, ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du TF 9C\_841/2014 du 17 avril 2015 consid. 3.3). Le degré de la preuve exigé est réduit et ne correspond pas à celui de la vraisemblance prépondérante généralement demandée en matière d'assurance sociale. Il suffit que des indices d'une certaine consistance (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, même s'il subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (arrêts du TF 8C\_597/2017 du 12 janvier 2018 consid. 2.2 et 9C\_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.1). Pour apprécier le caractère plausible l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (arrêt du TF 9C\_846/2016 du 26 janvier 2017 consid. 2).

**4.3** Pour déterminer si une modification de l'invalidité a été rendue plausible au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, constitue le point de départ. Il s'agit d'examiner s'il existe des indices rendant plausible une modification de l'invalidité du recourant propre à influencer ses droits entre la décision de rejet de la première demande de prestations et la décision querellée (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêts du TF

9C\_367/2016 du 10 août 2016 consid. 2.3 et 9C\_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1 et 2.1.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006).

**4.4** Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au moment du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5, 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3, I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 2.2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Les rapports médicaux produits après que la décision attaquée a été rendue sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5 ; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAIE (cf. arrêts TF du 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3 et 9C\_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Partant, en principe, le Tribunal n'examine pas les preuves versées hors procédure administrative (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; cf. aussi arrêt du TF 9C\_64/2014 cité consid. 3).

## 5.

La dernière décision de l'OAIE entrée en force examinant matériellement le droit à la rente d'invalidité de la recourante est la décision du 27 septembre 2016 (AI pce 45). Toutefois, il sied d'examiner à titre liminaire si cette décision est effectivement entrée en force. En effet, suite au prononcé de cette décision, l'intéressée a adressé à l'OAIE un courrier par pli simple le 13 octobre 2016 (timbre postal), soit pendant le délai de recours (AI pce 46). Elle a indiqué qu'elle était toujours malade, qu'elle attendait l'attribution d'une pension d'invalidité en France et qu'elle leur adressera dès réception une copie de cette attribution d'invalidité. L'OAIE a pris acte du courrier de l'intéressée et n'y a pas donné suite. Le Tribunal constate qu'il ne ressort pas du courrier de l'intéressée, envoyé uniquement en pli simple, un vocabulaire marquant une quelconque opposition à la décision. De plus, l'intéressée s'est à nouveau adressée à l'autorité inférieure environ une année plus tard et a expressément fait mention qu'elle recontactait l'Office pour « une nouvelle demande » de droit à l'assurance AI et que sa rente AI en France avait été acceptée en raison d'une « nette détérioration

et aggravation » de sa santé (AI pce 60). Pour tous ces motifs, la lettre du 13 octobre 2016 ne constitue pas un recours et la décision de l'OAIE du 27 septembre 2016 est entrée en force.

## **6.**

Pour déterminer si la recourante a rendu plausible une modification déterminante de son invalidité, les indices tels qu'ils se présentaient le 27 septembre 2016 – au moment de la première décision – doivent être comparés avec ceux qui ont existé au moment de la décision querrellée du 30 janvier 2018.

**6.1** Dans le cadre de la première demande de prestations introduite le 29 janvier 2016, les atteintes suivantes ont été retenues.

**6.1.1** A été diagnostiquée une atteinte au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le médecin du SMR explique que l'assurée a été opérée en 2010 puis réopérée en 2014 (AI pce 43). Il note que l'évolution post-opératoire est tout à fait favorable avec une épaule souple et peu douloureuse (cf. AI pce 10), avec une mobilité des épaules bonne et complète (cf. AI pce 1). Il retient comme diagnostic principal le syndrome de la coiffe de rotateurs de l'épaule droite (CIM-10 M75.1). Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : une position de travail alternée (assis, debout), le port de charges limité au maximum à 10kg, les travaux lourds à éviter, pas de travail au-dessus de l'horizontal, pas de mouvements répétitifs et ce qui impliquent des vibrations MSD (cf. aussi AI pces 1 [p. 9-10] et 10). Selon le médecin SMR, l'intervention à la coiffe des rotateurs justifie une incapacité totale de travail pendant 2 à 3 mois puis une reprise est envisageable dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles. Ainsi le Dr B. \_\_\_\_\_ est d'avis qu'il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée pour cette atteinte et que son activité habituelle est envisageable (AI pce 43).

**6.1.2** Un diagnostic de fibromyalgie a été diagnostiqué par le médecin traitant (certificat médical du 24 février 2016 [AI pce 3]) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) par le Dr H. \_\_\_\_\_ – dont la spécialisation n'est pas indiquée (formulaire E213 reçu par l'OAIE le 7 mars 2016 [AI pce 1]). Ce dernier médecin ne constate pas d'incapacité de plus de 66% (selon la loi française) et une amélioration de l'état de santé de l'intéressé est possible. Le médecin SMR ne retient pas d'incapacité de travail liée à ces atteintes (rapport du 23 juin 2016 [AI pce 43]).

**6.1.3** Enfin, une longue liste de diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail sont retenues par le SMR dans le cadre de son rapport du 23 juin 2016. Il s'agit notamment de discopathies lombaires sévères avec spondylolisthésis, discopathie dégénérative C5-C7 (rx rachis cervical du 16 mai 2015), status post infiltration cervicale le 4 décembre 2015 sans soulagement. Concernant en particulier les douleurs à la hanche droite, le Dr B. \_\_\_\_\_ précise que le bilan radiologique du 20 février 2015 ne met pas en évidence d'anomalie articulaire mais un pincement modéré L4-L5 et L5-S1 avec spondyloolithésis, de sorte que cette atteinte n'est pas incapacitante.

**6.2** Dans le cadre de la seconde demande de prestations déposée le 20 septembre 2017, la recourante se prévaut d'une aggravation de son état de santé.

A titre liminaire, il sied de préciser que ne sera pas examinée la documentation médicale produite après le prononcé de la décision attaquée. En effet, l'examen du tribunal se limite au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. supra consid. 2.1). Le Tribunal de céans ne tiendra donc pas compte des rapports des 12 décembre 2017 et 15 janvier 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, du scanner de l'épaule droite du 10 janvier 2018, des rapports médicaux des 2 février et 14 juin 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, ainsi que de l'attestation de suivi des soins auprès d'un acupuncteur.

**6.2.1** Concernant l'épaule droite, l'arthroscanner du 31 mai 2017 conclut à une rupture transfixiante du tendon supra épineux (AI pce 56). La Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin au service de rhumatologie, décrit que l'épaule est douloureuse dans toutes les amplitudes en passif et en actif sans limitation des amplitudes articulaires (compte rendu d'hospitalisation du 7 février 2017 pour un bilan d'un syndrome polyalgique [AI pce 58]). Elle retient dans un premier temps l'indication d'une infiltration intra-articulaire sous contrôle radiographique et dans un second temps la nécessité de discuter d'un nouvel avis chirurgical (possibilité d'une prothèse inversée). Le rapport d'infiltration intra-articulaire de l'épaule droite sous contrôle scopique du 6 mars 2017 ne fournit pas d'informations supplémentaires (AI pce 55). Sur la base de ces rapports médicaux, le SMR s'est déterminé sur la nouvelle demande de l'intéressée (cf. rapport final du 9 novembre 2017 [AI pce 62]). Ainsi, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialisation non précisée, a posé à nouveau comme diagnostic principal un syndrome de la coiffe des rotateurs à droite (CIM-10 M75.1) et un status post cure de coiffe des rotateurs de l'épaule

droite pour rupture en avril 2010, puis réopérée le 16 mai 2014. Il constate qu'une nouvelle intervention à l'épaule droite est envisagée en raison de la rupture du tendon du supra-épineux (cf. arthroscanner précité du 31 mai 2017). Il retient que sont présentes des douleurs persistantes modérées à l'épaule droite. Les limitations fonctionnelles retenues sont identiques à la précédente prise de position du SMR du 23 juin 2016 (cf. AI pce 43). Selon le médecin SMR, cette atteinte à l'épaule droite est déjà connue ; une nouvelle intervention justifie une incapacité totale de travail de 3 mois puis une reprise de l'activité adaptée sera envisagée car l'état deviendrait superposable à la situation lors de la précédente prise de position. Au vu de ce qui précède, le Dr B. \_\_\_\_\_ conclut à ce que la nouvelle documentation médicale n'établit pas de manière plausible que l'incapacité de travail s'est modifiée de manière à influencer le droit aux prestations, l'aggravation étant transitoire, elle ne justifie pas une incapacité de travail durable. Le Tribunal de céans ne peut suivre l'avis du SMR. Certes, la recourante souffrait déjà d'une atteinte au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite lors de sa précédente demande. Néanmoins, un nouveau diagnostic a été posé au niveau de l'épaule droite, à savoir la rupture transfixiante du tendon supra épineux (rapport du 31 mai 2017 [AI pce 56]). Il s'agit ainsi d'un indice démontrant une aggravation de l'état de santé de la recourante justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'intéressée. De plus, la recourante a déjà subi deux interventions à la coiffe des rotateurs et malgré celles-ci, ses problèmes n'ont pas pu être définitivement résolus. Enfin, l'évaluation par le médecin du SMR d'une incapacité de 3 mois au maximum tend à prouver une aggravation de l'état de santé de la recourante, qui devra être examinée à l'aube d'une nouvelle demande de rente et non de manière anticipée lors d'une décision de non-entrée en matière.

**6.2.2** En sus des atteintes à l'épaule droite, l'intéressée présente depuis 2008 un tableau douloureux chronique (tableau évocateur d'un syndrome fibromyalgique) associant des douleurs rachidiennes, des douleurs de l'épaule droite et un tableau plus généralement polyalgique diffus (cf. compte rendu d'hospitalisation au service de rhumatologie de la Dresse E. \_\_\_\_\_ du 3 au 7 février 2017 [AI pce 58]). Selon le même compte rendu, l'ensemble du tableau est évocateur effectivement d'un syndrome fibromyalgique. Le médecin exclut, d'une part, un rhumatisme inflammatoire mais, d'autre part, retient des rachialgies dégénératives, à savoir – selon l'imagerie cervicale et lombaire – des discopathies dégénératives à la fois cervicales et lombaires (ces rachialgies étaient déjà présentes lors de la première demande [cf. AI pces 6-9, 11 et 17]). Dans cette constellation, la Dresse E. \_\_\_\_\_ recommande de débiter un suivi au centre de la douleur. Dans le cadre de sa nouvelle demande, l'intéressée explique

être suivie depuis le 24 avril 2017 à la consultation de la douleur à (...) (AI pce 60) et produit ses attestations de rendez-vous (1<sup>er</sup> rendez-vous 24 avril, 2<sup>ème</sup> : 9 juin, 3<sup>ème</sup> : 5 juillet, 4<sup>ème</sup> : 29 septembre [AI pce 49]). Force est de constater que le syndrome fibromyalgique est associé à un terrain d'arthrose, qui justifie désormais un suivi régulier. Cela constitue ainsi un indice d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, d'autant plus que le diagnostic est le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Le Tribunal s'écarte ainsi de la prise de position du médecin du SMR. Celui-ci a certes retenu qu'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) avait déjà été posé dans le cadre de la précédente demande (cf. AI pce 1), cependant il n'a pas abordé l'hypothèse de l'aggravation de la capacité de travail en raison de l'aggravation des répercussions de l'état de santé de l'intéressée sur un diagnostic déjà posé.

**6.2.3** Par ailleurs, l'intéressée a été hospitalisée en cardiologie pour une intervention chirurgicale le 18 novembre 2016 (AI pce 50). Le diagnostic de tachycardie atypique par réentrée intranodale de surveillance simple a été posé chez l'intéressée (rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, cardiologue, suite à la consultation du 30 décembre 2016 [AI pce 51]). Le médecin SMR explique que cette nouvelle atteinte a été traitée (cardioversion électrique) et que l'évolution est favorable. Selon lui, au vu de la stabilisation de la situation cardiologique, cette atteinte n'a aucune répercussion sur la capacité de travail dans l'activité habituelle (AI pce 62). Il convient de constater que l'opération du 18 novembre 2016 est intervenue ultérieurement à la première décision du 27 septembre 2016. Par conséquent, cette nouvelle atteinte constitue un indice rendant plausible un changement notable dans l'état de fait intervenu après la dernière décision. Dite atteinte au niveau cardiaque devra faire l'objet d'un examen au fond afin de vérifier si elle est de nature à influencer sur le droit de l'intéressée à des prestations AI.

**6.2.4** Enfin, par surabondance, la recourante est au bénéfice d'une rente d'invalidité en France depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017 de catégorie 1 et dès le 5 juillet 2018 de catégorie 2. Certes l'octroi d'une rente d'invalidité par les autorités françaises ne lie en aucun cas les autorités de l'assurance-invalidité suisse. Néanmoins, cela tend à démontrer que l'intéressée a connu une aggravation de son état de santé qui devra être examinée par l'autorité inférieure à l'aube de la législation suisse dans le cadre d'une nouvelle demande.

## 7.

**7.1** Eu égard à ce qui précède, le Tribunal de céans constate que les pièces produites dans le cadre de la seconde demande mettent en lumière des éléments qui suffisent à rendre plausible une modification de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante dans le sens d'une péjoration, propre à influencer sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, entre la décision du 27 septembre 2016 rejetant la première demande de prestations et celle de non-entrée en matière du 30 janvier 2018. Il convient par conséquent d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

**7.2** Partant, le recours est admis et la décision du 30 janvier 2018 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 20 septembre 2017 par la recourante. L'OAIE complétera l'instruction par toutes mesures propres, d'une part, à clarifier l'état de santé de la recourante et, d'autre part, à établir si sa capacité de travail s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans ce cadre, l'OAIE tiendra compte notamment des documents adressés au Tribunal dans la présente procédure de recours, dans la mesure où ceux-ci lui sont inconnus (cf. consid. 6.2). L'OAIE examinera donc l'affaire au fond – impliquant un examen interdisciplinaire des atteintes – et rendra une nouvelle décision.

## 8.

**8.1** En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase PA).

**8.2** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800 francs lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**8.3** La recourante ayant agi sans être représentée et n'ayant pas eu de frais nécessaires particulièrement élevés, elle n'a pas droit à une indemnité

de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis dans la mesure où il est recevable et la décision du 30 janvier 2018 est annulée.

**2.**

Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 20 septembre 2017 par A.\_\_\_\_\_.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais présumés de procédure d'un montant de 800 francs sera restituée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé avec accusé de réception ; annexe : formulaire d'adresse de paiement) ;
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé) ;
- à l'Office fédéral des assurances-sociales (recommandé).

*L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.*

Le président du collège:

La greffière :

Christoph Rohrer

Daphné Roulin

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :