



## Arrêt du 8 août 2016

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Daniel Stufetti, Christoph Rohrer, juges,  
Isabelle Pittet, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
représentée par Me Marlyse Cordonier,  
Etude Rivara, Wenger, Cordonier & Aubert,  
Rue Robert-Céard 13, 1204 Genève,  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité ; non-entrée en matière sur une nou-  
velle demande de prestations ; décision du 11 juin 2015.

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

A.\_\_\_\_\_, née le [...] 1979, est une ressortissante suisse, domiciliée en France (OAIE doc 64). Au bénéfice notamment d'une formation d'orthoprothésiste et en médecine traditionnelle chinoise, elle a travaillé en Suisse, en particulier, dès 2008, comme thérapeute indépendante pratiquant au sein de divers cabinets de physiothérapie. Souffrant entre autres d'un burn out physique et psychique et d'un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire, elle s'est trouvée en incapacité de travail pour cause de maladie dès le 24 août 2011 (OAIE docs 14, 21, 24, 26, 27, 29, 34, 35, 64, 66, 73).

**B.**

Le 27 novembre 2011, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI GE), qui l'a reçue le 15 décembre 2011 (OAIE doc 26).

Invité à se déterminer sur les documents médicaux versés au dossier dans le cadre de cette demande (OAIE docs 21 p. 1 à 4, 35, 36, 39, 47, 48, 64 ; voir infra consid. 5.1), le Service médical régional AI (SMR), dans son avis du 22 novembre 2012 (OAIE doc 66), a retenu le diagnostic d'hyperlaxité ligamentaire, seul diagnostic considéré comme incapacitant dans une activité professionnelle. Se fondant sur le rapport du 11 octobre 2012 faisant suite à une expertise rhumatologique et psychiatrique effectuée en juin 2012 par le centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ (OAIE doc 64), le SMR concluait que dès juin 2012, la capacité de travail était de 30% à 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (décrites dans OAIE doc 64 p. 47) ; par ailleurs, une incapacité de 20% était admise pour les gros travaux ménagers jusqu'à ce que les trois enfants de l'intéressée soient tous scolarisés et autonomes. Le SMR précisait encore qu'au niveau psychiatrique, aucune psychopathologie n'était mise en évidence par l'expertise et qu'il n'y avait ni limitations fonctionnelles, ni baisse de rendement à retenir à cet égard.

Par décision du 7 mars 2013 notifiée par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE ; OAIE doc 69 p. 1 et 2), ce dernier a confirmé son projet de décision du 11 décembre 2012 (OAIE doc 69 p. 5 et 6) et rejeté la demande de prestations déposée par A.\_\_\_\_\_. Il a notamment précisé que celle-ci ne présentait aucune perte économique due à son atteinte à la santé, puisque dans n'importe quel

autre travail, elle serait en mesure de réaliser un salaire plus élevé que le bénéfice de Fr. 38'952 généré dans son activité habituelle pour l'année 2010, meilleure des trois dernières années d'activité ; ainsi son atteinte à la santé ne constituerait pas une invalidité au sens de la loi suisse.

Aucun recours n'a été déposé contre cette décision, qui est entrée en force.

### **C.**

Le 10 janvier 2015, A.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAIE, qui l'a reçue le 26 janvier 2015 (OAIE doc 14).

**C.a** Par un courrier du 8 septembre 2014 (OAIE doc 9), précédant le dépôt du formulaire de demande de prestations, A.\_\_\_\_\_ avait déjà sollicité de l'OAIE la réouverture de son dossier et transmis divers documents, dont un compte-rendu d'ergothérapeute du 1<sup>er</sup> octobre 2013 évaluant les besoins en aides techniques et en aménagement du logement de l'intéressée (OAIE doc 7), et une décision de prestation de compensation du handicap du 15 avril 2014 des autorités françaises, accordant à l'intéressée un taux de prise en charge de 80% (OAIE doc 8 ; voir également OAIE doc 9).

Par projet de décision du 19 mars 2015 (OAIE doc 74), l'OAIE a informé A.\_\_\_\_\_ que sa nouvelle demande ne pouvait pas être examinée, au motif qu'elle n'avait pas établi de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer son droit aux prestations.

**C.b** Par écriture du 8 mai 2015 (OAIE doc 79), A.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de sa représentante, Me Marlyse Cordonier, a contesté le projet de décision, faisant valoir que sa capacité de travail s'était réduite au point de modifier le degré de son invalidité, puisqu'elle ne pouvait même plus accomplir les gestes quotidiens de la vie courante. De nouveaux documents médicaux ont été versés au dossier (OAIE docs 80 à 88).

L'intéressée relève notamment que dans le rapport d'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2012, l'expert rhumatologue avait écarté le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos car ce diagnostic n'était pas confirmé au moment où le rapport avait été rendu ; or il le serait maintenant. Elle indique encore que son état de santé s'est détérioré dès 2013, année pendant laquelle elle a été hospitalisée une première fois en mai pour une névralgie cervico-brachiale droite (compte-rendu d'hospitalisation du 21 mai 2013 des Hôpitaux B.\_\_\_\_\_ [OAIE doc 84])

et une seconde fois en juillet-août pour une prise en charge thérapeutique (rapport du 1<sup>er</sup> août 2013 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, rhumatologue au Centre médico-chirurgical de réadaptation Z. [CMCR ; OAIE doc 85]). Sa médication serait lourde depuis (prescription du 19 juillet 2013 du CMCR [OAIE doc 88]), et elle bénéficierait d'aides à domicile pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, s'occuper de ses enfants et participer à la vie sociale. Par ailleurs, un aménagement de son logement et de son véhicule, ainsi qu'une aide technique (surélévateur de WC et gants tactiles) seraient nécessaires (compte-rendu d'ergothérapeute du 1<sup>er</sup> octobre 2013 et plan personnalisé de compensation du handicap du 30 janvier 2014 [OAIE docs 86, 87] déjà au dossier : voir supra Faits C.a).

Invité à s'exprimer sur la nouvelle documentation médicale produite, le SMR, en la personne du Dr D.\_\_\_\_\_, a déclaré dans son avis du 1<sup>er</sup> juin 2015 (OAIE doc 90) que cette documentation, ancienne, n'apportait pas d'éléments nouveaux dans l'histoire médicale de l'intéressée, au regard en particulier du rapport d'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_.

Par décision du 11 juin 2015 (OAIE doc 91), l'OAIE a confirmé son projet de décision du 19 mars 2015.

**C.c** Dans un courrier du 26 janvier 2016 (OAIE doc 97), Me Cordonier a informé l'OAIE qu'elle n'avait jamais reçu la décision du 11 juin 2015 et que sa notification étant irrégulière, cette décision n'était pas entrée en force. Par ailleurs, elle a indiqué que l'état de santé de sa mandante continuait de se dégrader et qu'elle souffrait d'un grave syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Ont été joints à ce courrier un bulletin de sortie des Hôpitaux B.\_\_\_\_\_ suite à une hospitalisation de l'intéressée du 16 au 18 juin 2015, un rapport du 30 novembre 2015 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste de la médecine du sommeil, qui conclut à un syndrome d'apnées du sommeil obstructif sévère, et une attestation d'installation du 9 janvier 2016 pour mise en place d'une assistance ventilatoire nocturne en pression positive continue (OAIE docs 94 à 96).

**C.d** Le 8 février 2016, l'OAIE a transmis à Me Cordonier la décision du 11 juin 2015, précisant que n'ayant pu trouver aucune trace de cette décision dans sa base de données des envois recommandés, elle n'était pas entrée en force, et qu'un éventuel recours pouvait être interjeté dans les 30 jours à partir de sa notification (OAIE docs 100, 102).

#### **D.**

Par acte du 11 mars 2016 (TAF pce 1), A.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de

sa représentante, a formé recours contre la décision du 11 juin 2015. Elle demande préalablement l'octroi de l'assistance judiciaire. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse, au constat que son état de santé s'est modifié de manière à influencer son droit aux prestations et au renvoi du dossier à l'OAIE afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations et rende une nouvelle décision. Se référant en particulier au rapport médical du 9 mars 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et de la colonne vertébrale, joint au recours, la recourante fait valoir trois aggravations de son état de santé qui, selon elle, suffisent à rendre vraisemblable une modification de sa capacité de travail. La première concerne la maladie d'hypermobilité articulaire, au sujet de laquelle le Dr F.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de maladie d'Ehlers-Danlos de type mixte et observe une instabilité de la cheville droite et du coude droit qui n'existait pas au moment de l'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une aggravation quantifiée sur le plan des douleurs. La deuxième aggravation est marquée par le nouveau diagnostic de malformation d'Arnold Chiari (colonne vertébrale cervicale). La troisième est signalée par le Dr E.\_\_\_\_\_ et consiste en l'apparition d'un syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif sévère avec appareillage nocturne.

Outre des documents d'ores et déjà au dossier et le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, la recourante a produit avec son recours un rapport du 8 janvier 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_, pneumologue, qui note que l'intéressée est atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos et qu'elle est en outre traitée pour de l'asthme et une scoliose, le tout entraînant un déficit respiratoire non négligeable, la spirométrie montrant ce jour 40% de capacité respiratoire ; le Dr G.\_\_\_\_\_ se déclare d'accord pour ajouter de l'oxygène la nuit, en raison des apnées du sommeil.

#### **E.**

Invité à prendre position sur le recours, l'OAIE a consulté à cet égard le Dr D.\_\_\_\_\_, du SMR. Celui-ci, dans un avis du 19 avril 2016 (OAIE doc 118), se référant aux conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_, estime qu'il existe une aggravation de l'état de santé propre à influencer les droits de la recourante à une prestation de l'AI et qu'une entrée en matière sur la nouvelle demande est justifiée, un rapport rhumatologique récent ainsi qu'un rapport pneumologique du Dr G.\_\_\_\_\_, de même que le rapport de sortie suite à l'hospitalisation de l'intéressée du 16 au 18 juin 2015 aux Hôpitaux B.\_\_\_\_\_, devant être requis en particulier.

Dans sa réponse du 17 mai 2015 (recte : 2016 ; TAF pce 3), l'OAIE s'est référé à la prise de position du SMR précitée et a proposé l'admission du recours et le renvoi du dossier à son Office afin qu'il procède au complément d'instruction requis.

## **F.**

Dans une lettre du 9 juin 2016 (TAF pce 6), la recourante indique que la proposition faite par l'OAIE dans sa réponse correspond à ses conclusions principales, dans lesquelles elle persiste intégralement.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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. A 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 (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

**1.4** Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En l'espèce, la décision litigieuse date du 11 juin 2015, mais n'a été envoyée par l'OAIE en courrier recommandé que le 9 février 2016 et a été notifiée le 10 février 2016, date à laquelle l'envoi contenant la décision a été distribué à

Me Cordonier (OAIE docs 109 p. 1, 110 ; TAF pce 1 ; voir également résultat de la recherche effectuée auprès du système de suivi des envois de la Poste suisse [TAF pce 8]). Ainsi que l'indique l'autorité inférieure, aucune trace d'un envoi antérieur de la décision litigieuse n'a pu être retrouvée, de sorte qu'il n'y a pas de preuve d'une notification précédant celle du 10 février 2016 (OAIE doc 102). Or, selon la jurisprudence, si la preuve de l'observation du délai de recours incombe au recourant (arrêts du Tribunal fédéral 2C\_754/2008 du 23 décembre 2008 consid. 2.2 et 5A\_163/2007 du 2 août 2007 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> édition, Zurich Basel Genf 2009, ad art. 39 n° 5), la preuve de la notification d'une décision et de la date de cette notification incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 129 I 8 consid. 2.2 et les références ; YVES DONZALLAZ, La notification en droit interne suisse, Berne 2002, p. 582 n° 1231). Dès lors, en déposant son recours le 11 mars 2016, la recourante a respecté le délai légal de 30 jours.

**1.5** Par ailleurs, déposé dans les formes requises par la loi (art. 52 PA), le recours est recevable.

## **2.**

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la recourante, ressortissante suisse domiciliée dans un Etat membre de la Communauté européenne, a déposé la nouvelle demande de prestations en janvier 2015, tandis que la décision de non-entrée en matière a été rendue le 11 juin 2015 et notifiée le 10 février 2016 (ATF 131 V 242 consid. 2.1).

**2.1** Est dès lors applicable à la présente cause l'accord, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. 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 d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, 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. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71, auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012, contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

**2.2** S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

### **3.**

**3.1** L'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état des faits jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée, comme en l'espèce, parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande de prestations ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] en rapport avec l'art. 87 al. 2 RAI). Si l'assuré ne parvient pas à démontrer que ses allégations sont plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Il s'ensuit que 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. Bien plutôt, l'assuré supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 2). Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée 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, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2).

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 2 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce

motif, ce qui est le cas en l'espèce (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007; voir également ATF 130 V 71 consid. 3, ATF 109 V 262 consid. 3).

**3.2** Dans le présent cas, l'administration a prononcé une décision de non-entrée en matière sur la demande de prestations. L'objet du litige porte donc uniquement sur le point de savoir si cette manière de procéder était conforme au droit. Si tel n'est pas le cas, le Tribunal administratif fédéral annulera l'acte entrepris et renverra la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au complément d'instruction qui s'impose et se prononce ensuite sur le fond au moyen d'une nouvelle décision sujette à recours.

#### **4.**

En l'occurrence, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, est celle du 7 mars 2013 (OAIE doc 69 p. 1 et 2), rendue au terme de l'examen de la première demande de prestations déposée par la recourante. C'est donc l'état de fait existant au moment du rejet de la première demande de prestations qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision querellée du 11 juin 2015, notifiée le 10 février 2016 (OAIE docs 91, 110 ; arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006 ; voir également ATF 130 V 343 consid. 3.5).

#### **5.**

**5.1** Dans le cadre de la première demande, la décision du 7 mars 2013 s'est principalement fondée sur le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 11 octobre 2012, effectuée en juin 2012 par le centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ (OAIE doc 64), dont le SMR a suivi les conclusions (OAIE doc 66). Dans ce rapport, les experts ont retenu les diagnostics de syndrome d'hyperlaxité ligamentaire (M25.2), de scoliose dorso-lombaire discrètement évolutive depuis la croissance (M41.9), avec discret syndrome restrictif pulmonaire (à réévaluer), de fibromyalgie (M79.0), de suspicion non confirmée d'une atteinte sensitive de L5 à droite, de forme incomplète, d'excès pondéral (R63.2), de périarthropathie de la hanche droite, sur évocation de luxations récidivantes, non objectivées (M77.9), de status après entorses récidivantes de la cheville droite, et après fracture de la malléole droite, de status après appendicectomie et suspicions non confirmées antérieures d'abdomen aigu, de status après plastie trapézo-métacarpienne en 2004 à droite et en 2010 à gauche pour instabilités post-traumatiques, de status après correction d'un carpe bossu à droite en 2006, de status après trois grossesses, après deux césariennes, après

gestose, de status après mammoplastie et abdominoplastie, et de probable personnalité anankastique et histrionique (F68.1).

Le Dr H.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de la recourante, notait également, dans un rapport du 4 octobre 2011 (OAIE doc 21 p. 2 à 4), une fibromyalgie avec tendinite du poignet, ainsi qu'un burn out avec épuisement, puis, dans un second rapport peu lisible reçu par l'OAI GE le 20 février 2012 (OAIE doc 35), posait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hyperlaxité ligamentaire. En outre, dans un rapport du 28 août 2012 (OAIE doc 48), la Dresse I.\_\_\_\_\_, de la section de neuro-orthopédie et scoliose de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_, à Y., relevait une scoliose dominante thoracique non dysplasique, et mentionnait un syndrome restrictif respiratoire, ainsi qu'un probable syndrome d'Ehlers-Danlos. Concernant ce dernier diagnostic, les experts du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ indiquaient ne pas avoir de confirmation, expliquant à cet égard qu'actuellement l'intéressée présentait un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire généralisée dont la typisation était en cours, le syndrome d'Ehlers-Danlos ayant été évoqué selon des examens pratiqués à Paris. Ils précisaient encore, à propos de l'hyperlaxité ligamentaire, ou hypermobilité articulaire, qu'il s'agissait probablement d'une forme bénigne, et que la recourante ne montrait pas, cliniquement, d'autres éléments évoquant que cette atteinte constituait un syndrome grave et invalidant (OAIE doc 64 p. 42, 44, 46).

Enfin, les experts précités notaient que des investigations étaient en cours, notamment une IRM encéphalique et cervico-dorso-lombaire, à la recherche d'une malformation d'Arnold Chiari (OAIE doc 64 p. 47).

**5.2** S'agissant des conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'intéressée, les experts du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ relevaient qu'en raison en particulier de l'hyperlaxité ligamentaire, il fallait éviter un travail en force avec les mains, tel que des massages et le port de charges, un travail strictement stationnaire, un travail en positions extrêmes tel que le travail en hauteur ou en zones basses, des sols glissants et instables, ainsi que de longs déplacements en voiture. Les experts précisaient encore que la recourante ne présentait pas, pour une activité sédentaire, de limitation de sa capacité de travail pour raison pneumologique. Ils concluaient sur cette base à une capacité de travail de 50% dans l'activité de thérapeute, cette capacité diminuant à 30% si la recourante devait ne pratiquer que l'activité de masseuse sur une pleine journée ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était jugée totale. Par ailleurs, il n'y avait, de l'avis des experts, aucune incapacité de travail

pour motif psychiatrique, ni de baisse de rendement, ni d'indication psychiatrique à des mesures de réadaptation. Enfin, les critères définis par la jurisprudence n'étant pas remplis, il n'y avait pas lieu de considérer la fibromyalgie comme incapacitante (OAIE doc 64 p. 45, 47, 51, 52).

Sur cette base, le SMR a retenu, dans son avis du 22 novembre 2012 (OAIE doc 66), le diagnostic, avec effets sur la capacité de travail, d'hyperlaxité ligamentaire, et conclu que dès juin 2012, la capacité de travail était de 30% à 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques décrites par les experts du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, une incapacité de 20% était admise pour les gros travaux ménagers jusqu'à ce que les trois enfants de l'intéressée soient tous scolarisés et autonomes.

## 6.

Si, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 10 janvier 2015, l'autorité inférieure et son service médical ont considéré dans un premier temps que les documents médicaux produits par la recourante n'apportaient pas d'éléments nouveaux dans l'histoire médicale de l'intéressée, au regard en particulier du rapport d'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_, et qu'ils n'établissaient donc pas de manière plausible une modification de l'incapacité de travail propre à influencer le droit aux prestations (avis du 1<sup>er</sup> juin 2015 [OAIE doc 90]), tant l'autorité inférieure que son service médical ont revu leur position dans un second temps, suite à la production, en procédure de recours, d'un rapport médical du 9 mars 2016, établi par le Dr F.\_\_\_\_\_ (TAF pce 1), spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et de la colonne vertébrale.

Ainsi, dans son avis du 19 avril 2016 (OAIE doc 118), le Dr D.\_\_\_\_\_, du SMR, relève d'emblée que le Dr F.\_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, en se fondant sur les éléments suivants : d'abord, la forme bénigne de la maladie d'hyperlaxité ligamentaire ne peut plus être retenue, la forme actuelle de la maladie étant, selon le Dr F.\_\_\_\_\_, la forme douloureuse ; ensuite, une instabilité articulaire est observée par le Dr F.\_\_\_\_\_, qui était absente lors de l'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_; en outre, le diagnostic de la maladie d'Ehlers-Danlos de type mixte, soit cyphoscoliotique et arthrochaliasique, est retenu ; enfin, le diagnostic de malformation d'Arnold Chiari est maintenant posé. Sur cette base, le Dr D.\_\_\_\_\_ estime qu'il existe une péjoration de l'état de santé propre à influencer les droits de la recourante à une prestation AI et qu'une entrée en matière sur la nouvelle demande

se justifie. Pour se faire, il recommande de solliciter le rapport de sortie suite à l'hospitalisation de l'intéressée du 16 au 18 juin 2015 (bulletin de sortie du 22 juin 2015 versé au dossier sans rapport de sortie [OAIE doc 95]), un rapport rhumatologique récent ainsi qu'un rapport pneumologique du Dr G.\_\_\_\_\_, pneumologue traitant l'intéressée, dont un rapport du 8 janvier 2016, indiquant 40% de capacité respiratoire au jour de l'examen pneumologique, a été joint au recours (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 17 mai 2015 (recte : 2016 ; TAF pce 3), l'OAIE, suivant l'avis du SMR, a proposé l'admission du recours et le renvoi du dossier à son Office pour en compléter l'instruction.

## 7.

7.1 Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ et des conclusions de l'autorité inférieure. Il appert en effet que le Dr F.\_\_\_\_\_, dont la spécialité est la chirurgie orthopédique et la traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que la colonne vertébrale, est affirmatif quant à la question de savoir s'il existe une aggravation de l'état de santé sur le plan de l'appareil locomoteur. Ainsi, il considère que la forme actuelle de la pathologie principale dont souffre la recourante, soit l'hypermobilité articulaire ou hyperlaxité ligamentaire, est la forme douloureuse, alors que les experts du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ la qualifiaient de bénigne, l'aggravation s'exprimant dès lors sur le plan des douleurs. De même, le Dr F.\_\_\_\_\_ relève une double aggravation au plan articulaire, marquée par une instabilité du coude droit, à propos duquel les experts du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ ne faisaient pas d'observations spécifiques, et par une instabilité de la cheville droite, alors que les experts précités notaient qu'il n'y avait pas d'évidence d'une hyperlaxité au niveau des chevilles et que la cheville droite, récemment luxée au moment de l'expertise, présentait même une discrète diminution de l'inversion et de l'éversion comparativement au côté gauche. En outre, le Dr F.\_\_\_\_\_ déclare que les signes cliniques observés permettent de retenir le diagnostic de la maladie d'Ehlers-Danlos, laquelle était évoquée dans l'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_, mais non retenue, et que cette maladie est en l'occurrence de type mixte, soit cyphoscoliotique, en raison de la scoliose dont souffre l'intéressée, et arthrochalastique, en raison de la luxation congénitale de hanche observée chez la recourante. Enfin, le Dr F.\_\_\_\_\_ fait état d'un nouveau diagnostic, celui de malformation d'Arnold Chiari, diagnostic qui, précise le praticien, n'était qu'investigé au moment de l'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ et qui, comme cela ressort d'ailleurs du rapport d'expertise (OAIE doc 64

p. 47), a été mis en évidence par l'imagerie après la réalisation de ladite expertise.

Pour être complet, il convient encore de noter que le Dr F.\_\_\_\_\_ rapporte une dernière aggravation, soit l'apparition d'un syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif sévère avec appareillage nocturne, signalé par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste de la médecine du sommeil, dans un rapport du 30 novembre 2015 (OAIE doc 96). Par ailleurs, le Dr F.\_\_\_\_\_ relève la diminution de 40% de la capacité respiratoire de la recourante, mise en évidence en janvier 2016 par le Dr G.\_\_\_\_\_, (TAF pce 1), et indique que des investigations pulmonaires sont en cours. Certes, ce syndrome restrictif pulmonaire était déjà connu à l'époque de l'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_ (OAIE doc 64 p. 45), mais était qualifié de discret, de sorte qu'il paraît judicieux, comme le recommande le Dr D.\_\_\_\_\_, d'obtenir des informations complémentaires à ce sujet.

**7.2** Certes, il y a lieu de mentionner que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, datant du 9 mars 2016, est postérieur à la décision litigieuse et à sa notification à la recourante. On ne saurait toutefois pour ce seul motif refuser de le prendre en considération.

En effet, si le Dr F.\_\_\_\_\_ rédige ses constats au présent, aucun élément de son rapport ne permet cependant d'exclure que les observations qu'il fait et les conclusions qu'il prend quant aux atteintes dont souffre la recourante se rapportent à la période antérieure à la décision contestée. Ainsi, pour soutenir l'existence d'une modification de l'état de santé dans le sens d'une péjoration, il ne se réfère pas à la période précédant immédiatement son rapport, mais aux observations et conclusions faites au moment de l'expertise du centre d'expertise K.\_\_\_\_\_, de sorte que l'aggravation a pu avoir lieu à n'importe quel moment entre l'expertise et le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_. Ce dernier semble au reste sous-entendre que la forme douloureuse de l'hyperlaxité ligamentaire, de même que le diagnostic de la maladie d'Ehlers-Danlos existaient et auraient pu être identifiés auparavant, notamment, pour cette dernière maladie, par une étude syndromique plus poussée. A cet égard d'ailleurs, le compte-rendu d'hospitalisation des Hôpitaux B.\_\_\_\_\_ (OAIE doc 84) indiquait, le 21 mai 2013 déjà, que l'intéressée était suivie pour une maladie d'Ehlers-Danlos, maladie que ce compte-rendu retient comme diagnostic associé. Le Dr G.\_\_\_\_\_ également, dans son rapport du 8 janvier 2016 (TAF pce 1), note que la recourante est atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos. Quant au diagnostic de malformation d'Arnold Chiari, le Dr F.\_\_\_\_\_

explique qu'il a été établi par imagerie après la réalisation de l'expertise, sans préciser quand a eu lieu cet examen.

Enfin, le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ fait suite à d'autres documents médicaux ou de professionnels contenant déjà les indices d'une possible aggravation, tels que le bulletin de sortie des Hôpitaux B. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2015 (OAIE doc 95), concernant une hospitalisation de l'intéressée du 16 au 18 juin 2015, et le compte-rendu d'ergothérapeute du 1<sup>er</sup> octobre 2013 (OAIE doc 7), qui décrit les difficultés rencontrées par la recourante au quotidien et laisse apparaître, ce faisant, des limitations fonctionnelles paraissant plus prononcées que celles relatées par les experts du centre d'expertise K. \_\_\_\_\_. Ainsi, l'ergothérapeute expose notamment que le risque de chute est très important, que les douleurs intenses conjuguées avec la fatigabilité entraînent la survenue de malaises avec parfois des pertes de connaissance, que la recourante ne peut réaliser que les gestes *a minima*, soit sans rencontrer de résistance (par exemple, pas d'épluchage ou de fermeture de bouton possibles), et que chaque temps d'effort ou d'activités doit être suivi d'un temps de repos équivalent afin de permettre l'atténuation des douleurs ; par ailleurs, il est rapporté que l'intéressée utilise un fauteuil roulant manuel pour les déplacements plus longs bien qu'elle ait des difficultés à le propulser. L'ergothérapeute conseille dès lors des travaux d'aménagement du logement de la recourante, comme l'installation de rampes afin de permettre l'accès à la maison, l'aménagement de la douche, de même que l'aménagement d'une chambre et d'une salle de bain adaptées dans l'espace que constitue actuellement la grange, avec élévateur vertical, volets motorisés et portes coulissantes. Des gants dits « tactiles » seraient également nécessaires pour utiliser un écran tactile, la souris et le clavier de l'ordinateur étant difficiles à manier pour la recourante.

## **8.**

Dès lors, eu égard à ce qui précède, le Tribunal de céans constate que les pièces produites avec la nouvelle demande et en procédure de recours mettent en lumière des éléments qui suffisent à rendre vraisemblable une modification de l'état de santé de la recourante dans le sens d'une péjoration, propre à influencer sur son droit à des prestations de l'AI, entre la décision du 7 mars 2013 rejetant la première demande de prestations et celle de non-entrée en matière du 11 juin 2015, notifiée le 10 février 2016. Il convient par conséquent, ainsi qu'en concluent tant la recourante que l'autorité inférieure, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Partant, le recours est admis et la décision du 11 juin 2015 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 10 janvier 2015 par la recourante et examine l'affaire au fond, en particulier, comme le recommande le SMR, au niveau rhumatologique et pneumologique, par la mise en œuvre, le cas échéant, d'une expertise médicale.

**9.**

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et al. 2 PA).

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par la mandataire de la recourante, qui a consisté en la rédaction d'un recours de treize pages, avec bordereau de pièces de trois pages, et d'un courrier d'une page, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'000, à la charge de l'autorité inférieure.

Eu égard à ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet.

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

**1.**

Le recours est admis et la décision du 11 juin 2015 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 10 janvier 2015 par A.\_\_\_\_\_.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**4.**

Une indemnité de dépens de Fr. 2'000 est allouée à la partie recourante à charge de l'autorité inférieure.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

**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). 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :