



---

Cour III  
C-3257/2013

## Arrêt du 30 septembre 2013

---

Composition

Elena Avenati-Carpani, juge unique,  
Nicole Ricklin, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
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 (décision du 24 avril 2013).

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissante espagnole née le (...) 1954, a travaillé en Suisse durant les années 1972 à 1976 et 1979 à 1981 (OAIE pces 12 et 13). Elle est ensuite retournée s'installer en Espagne et n'a plus exercé d'activité lucrative.

**B.**

Le 17 octobre 2008, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (OAIE pce 1), faisant valoir une fatigue permanente suite au traitement chimiothérapique et radiothérapique d'un lymphome non hodgkinien de grade III diagnostiqué en 2007. Par décision du 8 mai 2009 (OAIE pce 35), l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) a refusé cette demande, l'assurée ne présentant pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et les travaux habituels restant toujours exigibles.

**C.**

Le 25 septembre 2009, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations en joignant divers certificats médicaux (OAIE pces 36 à 39). Par décision du 7 janvier 2010, l'OAIE n'a pas examiné la nouvelle demande au motif que l'assurée n'avait pas établi de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer le droit aux prestations (OAIE pce 45). Par arrêt du 6 juillet 2011, le Tribunal administratif fédéral (ci après: le Tribunal) a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision de l'OAIE du 7 janvier 2010 (C-701/2010, OAIE pce 53). Par arrêt du 26 juin 2012 (9C\_571/2011, OAIE pce 56), le Tribunal fédéral a également rejeté le recours de l'assurée contre l'arrêt du 6 juillet 2011 du Tribunal de céans.

**D.**

Le 9 janvier 2013, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations en adressant à l'OAIE un rapport médical du 25 septembre 2012 relatif à une TAC de la colonne lombo-sacrale effectuée les 17 août et 14 septembre 2012 (OAIE pces 58 à 61).

**E.**

Invité à se déterminer sur cette nouvelle demande de prestations, le Dr B.\_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE a relevé dans son rapport du 14 février 2013 que la radiographie de la colonne lombaire démontrait des troubles dégénératifs sans signes radiculaires, le lymphome ayant été traité en 2007 avec succès n'était plus mentionné et le nouveau rapport

ne permettait pas de conclure à une modification de l'état de santé (OAIE pce 63).

#### **F.**

Par projet de décision du 25 février 2013 (OAIE pce 64), l'OAIE a informé l'assurée que sa première demande de rente avait été rejetée par décision du 8 mai 2009 entrée en force, que sa deuxième demande n'avait pas pu être examinée du fait qu'elle n'avait pas établi de manière plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer le droit aux prestations, et que sa nouvelle demande de rente ne pouvait être examinée pour la même raison.

Contre ce projet l'intéressée a fait valoir par acte du 25 mars 2013 qu'elle souffrait encore des séquelles d'un cancer virulent, qui l'avait obligée à se soumettre à un traitement violent de chimiothérapie et radiothérapie, ressentait des douleurs dans la plupart de ses actes quotidiens et demandait l'octroi d'une rente (OAIE pce 65).

Par décision du 24 avril 2013, l'OAIE n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations faute pour celle-ci d'avoir établi de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée depuis le 7 janvier 2010 de manière à influencer le droit aux prestations (OAIE pce 66).

#### **G.**

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en date du 6 juin 2013 (TAF pce 1). Elle a argué qu'elle avait souffert d'un cancer qui l'avait limitée dans sa vie quotidienne et ne lui permettait pas sa réinsertion professionnelle parce qu'elle passait 95 % des ses journées allongées.

#### **H.**

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE, dans sa réponse du 4 juillet 2013, a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il a fait valoir que selon son service médical la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail déterminante dans son ménage et qu'elle n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le moment du rejet de sa deuxième demande le 7 janvier 2010, de sorte que le rejet de la troisième demande était dès lors justifié (TAF pce 3). La recourante n'a pas donné suite à la communication de la réponse au recours dans le délai imparti (TAF pce 4). Elle s'est acquittée de l'avance de frais demandée de 400 francs le 22 juillet 2013 (TAF pce 5).

## **Droit :**

### **1.**

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

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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. 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Selon 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 28 à 70), 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** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** L'accord 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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.

268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71. Les nouveaux règlements (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 (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), valables dans les relations entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, avec l'entrée en vigueur de l'annexe II révisée de l'ALCP, et qui remplacent les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, sont également applicables dans la présente procédure.

**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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

**3.**

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la révision 6a (premier volet) de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 vu la date de la décision attaquée.

**4.**

**4.1** La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente du 17 octobre 2008 ayant été rejetée par décision du 8 mai 2009 de l'OAIE en raison d'un taux d'incapacité de travail moyen pendant une année non déterminant inférieur à 40% au moins et à une deuxième demande du 25 septembre 2009, non examinée selon décision du 7 janvier 2012 de l'OAIE, confirmée en dernière instance par le Tribunal fédéral.

**4.2** En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

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

**4.4** Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont également applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3, 109 V 264 consid. 3).

## **5.**

**5.1** Il y a dès lors lieu d'examiner la question de savoir si c'est à juste titre que l'administration a rendu une décision de refus d'entrer en matière.

**5.2** En l'espèce, plusieurs années se sont écoulées entre la décision du 8 mai 2009 de rejet de la première demande respectivement la décision du 7 janvier 2010 de non-entrée en matière sur la deuxième demande. La décision du 8 mai 2009 s'était principalement fondée sur le rapport de la Sécurité sociale espagnole du 4 février 2009 qui avait été établi 2 ans après que l'intéressée avait fait l'objet d'un diagnostic de lymphome non hodgkinien qui avait été traité. A cette époque, l'intéressée présentait un état de santé satisfaisant et pouvait exercer son ancienne activité de femme de chambre à plein temps. Lors de sa deuxième demande du 25 septembre 2009, l'assurée avait fait valoir un état invalidant en relation avec son suivi médical pour le lymphome non hodgkinien, des troubles gastriques et un trouble mixte anxio-dépressif qui ne nécessitait pas de suivi médical psychiatrique.

**5.3** Dans le cadre de sa troisième demande du 9 janvier 2013, l'assurée, sans activité lucrative, a fait valoir des douleurs provenant des séquelles du traitement du cancer subi en 2007. Elle a versé au dossier uniquement un rapport médical établi après une TAC de la colonne lombaire des 17 août et 14 septembre 2012 qui met en évidence des troubles dégénératifs sans signes radiculaires. Il s'ensuit de ce qui précède qu'il peut être confirmé que l'intéressée n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé dans une mesure déterminante pour le droit à la rente entre la décision de rejet de prestation de 8 mai 2009 et celle de non entrée en matière sur sa nouvelle demande du 6 juin 2013.

## **6.**

**6.1** Le recours, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85<sup>bis</sup> al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10], applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

**6.2** Les frais de procédure, fixés à 400.00 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

**6.3** Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 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]).

(dispositif à la page suivante)



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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de 400.00 francs sont mis à la charge de la recourante et sont compensés avec l'avance de même montant déjà fournie.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé AR)
- 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.

La juge unique :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

**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 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 :