



Cour III
C-3451/2012

Arrêt du 12 juillet 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 26 juin 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante espagnole, née le (...) 1962, a travaillé en Suisse comme employée de maison de 1990 à 2004 et cotisé à l'AVS/AI. En 2004 elle est retournée dans son pays d'origine et n'a plus exercé d'activité lucrative (AI pce 11).

B.

Le 22 janvier 2007, l'assurée a présenté une première demande de prestations (AI pce 3) à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE). Selon le rapport médical de la sécurité sociale espagnole du 20 février 2007 (AI pce 4), l'assurée souffrait de douleurs généralisées, d'hypertension et d'obésité. Dans son rapport du 17 mai 2002 (AI pce 13), la Dresse B._____, rhumatologie FMH, a mentionné les diagnostics suivants: syndrome cervico-vertébral, syndrome d'impingement de l'épaule gauche plus qu'à droite, syndrome du tunnel carpien bilatéral, obésité. Le 27 mars 2003, le Dr C._____, rhumatologie FMH, a noté que l'assurée présentait plusieurs symptômes musculo-squelettiques aux mains, à la nuque, aux épaules, aux hanches et aux genoux qui évoluaient depuis 1996 (AI pce 14). Dans son rapport du 17 mars 2008 (AI pce 19), le Dr D._____, médecin de l'OAIE, a précisé que l'assurée avait été opérée avec succès d'un tunnel carpien bilatéral et n'était pas handicapée des mains. Selon ce médecin, l'assurée présentait une incapacité de travail d'environ 40 % dans la dernière activité lucrative, mais il était difficile de dire depuis quand puisque l'assurée avait abandonné cette activité pour des raisons non médicales, par contre des activités légères restaient exigibles à plein temps. Le Dr D._____ a conseillé de demander une nouvelle électroneurographie du nerf médian des deux côtés. Suite aux résultats normaux de cet examen qui a eu lieu le 23 juin 2008 (AI pce 33), le Dr D._____ a précisé dans son rapport du 1^{er} décembre 2008 que l'incapacité de travail dans la dernière activité était de 20 % à 30 % et que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité moyennement lourde (AI pce 35).

C.

Par projet de décision du 8 décembre 2008 (AI pce 36), l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait refuser la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 9 janvier 2009, l'assurée a présenté des objections au projet de décision (AI pce 37) et produit deux nouveaux rapports médicaux (AI pce 38). Dans son rapport du 27 février 2009, le Dr D._____ a indiqué que les nouveaux documents attestant une incapacité totale de

travail n'apportaient aucun élément nouveau (AI pce 40). Par décision du 5 mars 2009, l'OAIE refusé la première demande de prestations. Cette décision est entrée en force.

D.

Le 12 septembre 2011, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations (AI pce 45). Selon le rapport médical de la sécurité sociale espagnole du 2 février 2012 (AI pce 57), l'assurée souffrait de douleurs polyarthralgiques généralisées en particulier à la colonne cervicale et lombaire, d'obésité et de diabète. Dans son rapport du 7 mars 2012, le Dr E._____, médecin de l'OAIE, a constaté que les diagnostics, le tableau clinique et les légères limitations étaient restées les mêmes depuis le rejet de prestations et qu'il n'y avait pas de raisons médicales pour un changement du droit aux prestations de l'AI (AI pce 59).

Par projet de décision du 14 mars 2012, l'OAIE a donc signifié à l'assurée qu'il entendait ne pas examiner la nouvelle demande parce qu'il n'était pas établi de manière plausible que l'invalidité se soit modifiée de manière à influencer le droit aux prestations depuis le rejet du 5 mars 2009 (AI pce 60). L'assurée n'a présenté aucune objection dans le délai imparti. Par décision du 14 mai 2012, l'OAIE a refusé d'examiner la nouvelle demande de prestations (AI pce 61).

E.

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral administratif (ci-après: le Tribunal) le 28 juin 2012, concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse (TAF pce 1). Elle a joint à son recours deux rapports médicaux.

F.

L'OAIE a resoumis le dossier a son service médical. Dans sa prise de position du 4 septembre 2012, le Dr E._____ a indiqué que les deux rapports médicaux joints au recours des 12 février 2008 et 20 juillet 2011 n'apportaient aucun élément susceptible de modifier la décision attaquée: une sinusite avait été traitée par antibiotiques en 2008 et la vitesse de sédimentation trop rapide constatée en 2011 était probablement due à la toxoplasmose de 2010 dont l'assurée s'était remise entre temps. Dans sa réponse au recours du 6 novembre 2012 (TAF pce 5), l'OAIE a renvoyé au rapport du Dr E._____ et conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée parce que l'assurée n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié. Il a ajouté que l'octroi

d'une rente étrangère ne préjugait pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse.

G.

Dans sa réplique du 21 décembre 2012 (TAF pce 8), l'assurée a réitéré ses conclusions et produit deux certificats médicaux.

H.

L'OAIE a soumis une nouvelle fois le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 31 janvier 2013, le Dr E._____ a indiqué que les deux documents joints à la réplique reprenaient les diagnostics déjà connus et n'apportaient donc aucun élément nouveau. Dans sa duplique du 7 février 2013 (TAF pce 10), l'OAIE a renvoyé au nouveau rapport du Dr E._____ et réitéré ses conclusions.

I.

Par décision incidente du 14 février 2013 (TAF pce 119), le Tribunal a demandé une avance de frais de 400 francs à la recourante. Celle-ci s'est acquittée d'un montant de 395.50 francs le 13 mars 2013 (TAF pce 13).

J.

Le 16 mars 2013, l'assurée a encore présenté des observations (TAF pce 14).

K.

Par décision incidente du 27 mars 2013, le Tribunal a invité la recourante à verser la différence de 4.50 francs afin que le montant total de l'avance de frais à payer de 400 francs puisse être enregistré sur le compte du Tribunal (TAF pce 15). Le 12 avril 2013, l'assurée a versé un montant de 5 francs (TAF pce 18).

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^{bis} 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^{bis} 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 En outre, déposés en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

2.

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal saisi se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e édition, Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 La requérante, de nationalité espagnole, est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable 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). 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 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, valables dans les relations entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne dès le 1^{er} 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, ne sont pas applicables dans la présente procédure.

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant 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 (art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 253 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 [RS 0.831.109.268.11]).

4.

Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits

(ATF 130 V 445 consid. 1.2), la présente procédure est régie par les nouvelles dispositions de la 6^e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012.

5.

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente d'assurance-invalidité du 12 septembre 2011, après avoir refusé la première demande de la recourante du 22 janvier 2007 par décision du 5 mars 2009.

5.1 Lorsque l'autorité examine une nouvelle demande de la personne assurée après un premier refus de prestations, elle n'entrera en matière que s'il apparaît établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité, RAI, RS 831.201). 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 aux prestations, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. On entend ainsi éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes cas, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification déterminante (ATF 125 V 410 consid. 2b, VSI 2000 242).

5.2 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 - ce qu'elle n'a pas fait en l'espèce - 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).

5.3 Dans l'examen des allégations de la personne assurée 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. 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 (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007).

5.4 Dans un arrêt 8C_844/2012 du 5 juin 2013, le Tribunal fédéral a tout récemment confirmé sa jurisprudence en matière de plausibilité d'une modification de l'invalidité lors d'une nouvelle demande après un rejet de prestations.

6.

6.1 La recourante apporte à l'appui de sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité – déposée deux ans et demi après le rejet de sa première demande – diverses pièces médicales qui reprennent les diagnostics déjà connus lors du rejet de prestations du 5 mars 2009 ou mentionnent des maladies bénignes dont l'assurée s'est remise entre temps. Or, force est au Tribunal de constater que tous ces rapports ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante ou des éléments nouveaux.

6.2 Au vu de ce qui précède, le Tribunal, à l'instar du service médical de l'OAIE, qui a constaté dans son rapport du 7 mars 2012 que les diagnostics, le tableau clinique et les légères limitations étaient restées les mêmes depuis le rejet de prestations et qu'il n'y avait pas de raisons médicales pour un changement du droit aux prestations de l'AI de l'assurée (AI pce 59), retient que la recourante n'a pas pu établir de façon plausible une aggravation de son état de santé, selon le degré de preuve exigé par la jurisprudence (cf. consid. 5).

7.

Partant, le recours du 22 septembre 2011 étant manifestement infondé, il doit être rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

8.

8.1 Les frais de procédure de Fr. 400.50 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 déjà fournie les 13 mars et 12 avril 2013 (TAF pces 13 et 18).

8.2 Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais 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, fixés à Fr. 400.50, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais déjà versée.

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 :