



## **Arrêt du 11 septembre 2019**

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Viktoria Helfenstein, Michael Peterli, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France),  
représentée par le Comité de protection des travailleurs  
frontaliers européens,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 29 septembre 2017).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, l'intéressée, la recourante), ressortissante française née en 1955 et domiciliée en France, a travaillé en Suisse durant les années 2003 à 2009 comme employée de restauration. Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AI pces 83 et 161).

**A.a** En novembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité, indiquant souffrir d'un syndrome dépressif sévère à l'origine d'une incapacité de travail depuis le 21 mars 2009 (AI pce 106). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une expertise a été réalisée auprès des Drs B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine-interne, et C. \_\_\_\_\_, psychiatre. Singulièrement, les experts ont observé un trouble dépressif de degré moyen à l'origine d'une incapacité de travail de 40 % dans toute activité sans pression de temps ni exigences de concentration ; quant aux autres atteintes de l'assurée – soit notamment une dyslipidémie (CIM-10 E78.2) ainsi qu'une incontinence et des douleurs au bas-ventre d'étiologie peu claire – elles sont sans effet sur la capacité de travail (AI pce 143). Sur cette base, il a été retenu que l'assurée présente un degré d'invalidité de 37 % depuis la réalisation en novembre 2010 du volet psychiatrique de l'expertise. Aussi, une rente complète d'invalidité lui a été octroyée du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 31 mars 2011 (décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger [ci-après : OAIE, autorité précédente, autorité inférieure] du 27 juin 2011, partiellement réformée par arrêt du Tribunal administratif fédéral du 6 février 2012 ; AI pces 153 et 161).

**A.b** Le 18 mars 2013, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations, expliquant que son état de santé a subi une dégradation (AI pce 171). A cet effet, elle a produit des rapports médicaux attestant essentiellement de problèmes d'incontinence, d'une symptomatologie dépressive, d'une lombodiscarthrose L4-L5 et L5-S1, ainsi que d'une gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale prédominante à droite (AI pce 171, p. 2 à 18).

Par décision du 14 octobre 2014, l'OAIE a exclu toute aggravation de l'état de santé de l'assurée et a rejeté en conséquence sa demande du 18 mars 2013 (AI pce 191). Pour ce faire, l'autorité s'est fondée essentiellement sur des avis de médecins-conseils – soit en particulier celui du Dr D. \_\_\_\_\_ du 23 juin 2014 (AI pce 186) - ainsi que sur une expertise psychiatrique réalisée auprès des Cliniques (...) (rapport du 22 mai 2014) attestant chez

l'assurée d'une perte de rendement de 20 % dans son domaine d'activité en raison d'un trouble dépressif (CIM-10 F33) ainsi que d'une susception (« *Verdacht* ») de troubles consécutifs à l'utilisation de Benzodiazépine (CIM-10 F13.1 ; AI pces 173, 184 et 186).

## **B.**

En juillet 2016 (AI pce 86), l'intéressée a derechef déposé une demande de rente de l'assurance invalidité, expliquant notamment être au bénéfice de prestations en nature de l'assurance-maladie française (AI pce 86).

A suivre la documentation médicale recueillie suite à cette demande, l'assurée continue à souffrir de douleurs chroniques liées à une gonarthrose ainsi qu'à des lésions de lombodiscarthrose (rapports des 25 janvier et 13 octobre 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_, rhumatologue, AI pces 93.201 et 206 ; cf. également AI pce 202). En outre, dans un rapport du 24 août 2017, le Dr E.\_\_\_\_\_ a suspecté l'apparition d'une tendinite du moyen fessier (AI pce 251). Par ailleurs, après avoir fait procéder à une échographie (AI pce 203), le Dr F.\_\_\_\_\_, professeur auprès du service de chirurgie urologique des Hôpitaux universitaires de (...), a expliqué dans un avis du 27 mai 2015 qu'une hospitalisation en vue de contenir les fuites urinaires devait être envisagée (AI pce 208 ; cf. également AI pce 203). D'un point de vue psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, a noté une aggravation de l'état de santé de cette dernière, qui « ne peut exercer aucune activité » (rapports des 18 mars et 6 juillet 2017, AI pces 217 et 237). Enfin, il ressort des rapports des 16 octobre, 20 novembre 2016 et 10 juillet 2017 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, que l'assurée fait l'objet d'un suivi cardiologique régulier dans le contexte d'une sclérose aortique non sténosante (AI pces 205, 220 et 238 : cf. aussi AI pces 207, où le Dr I.\_\_\_\_\_ évoque en sus un hypothyroïdie modérée). Finalement, dans un rapport médical E213, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département J.\_\_\_\_\_ a expliqué que la reprise par l'assurée de son activité habituelle est compromise en raison des troubles ci-dessus ainsi que d'une surdité de perception bilatérale et de vertiges (AI pce 222).

Invité à prendre position sur l'état de santé de l'assurée, le Dr K.\_\_\_\_\_ – spécialiste en médecine générale et médecin SMR – a constaté que les troubles du rachis ainsi que la gonarthrose « entraînent uniquement des limitations fonctionnelles ». Quant à la sclérose de la valve aortique, elle n'entraîne pas de limitations fonctionnelles et n'influence pas la capacité de travail. De même, « l'incontinence urinaire permet une pleine [capacité

de travail] médico-théorique dans une activité permettant un accès proche à des toilettes ». De l'avis du médecin-conseil, les troubles somatiques sont ainsi compatibles avec l'exercice en plein et sans perte de rendement d'une activité adaptée (rapport du 20 janvier 2017, AI pce 219). Au plan psychique, après avoir requis des renseignements médicaux complémentaires (AI pce 219), le médecin-conseil a conclu que le syndrome anxio-dépressif chronique (CIM-10 F32.9) - dont l'assurée souffre de longue date - ne s'est « en tout cas pas aggravé depuis l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ de juin 2014 ». De l'avis du médecin-conseil, ce trouble psychique reste ainsi incompatible avec la reprise de l'activité habituelle de l'assurée et entraîne depuis le 25 septembre 2009 une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée (rapport du 13 avril 2017, AI pce 226). Le 12 mai 2017, le Dr K. \_\_\_\_\_ a précisé que son précédent avis exprime, au plan psychiatrique, un avis différent d'une situation restée inchangée depuis 2009. Au plan somatique, l'état de santé de l'assuré a subi une aggravation non significative par l'apparition d'une sclérose de la valve aortique sans retentissement hémodynamique et par l'opération de l'incontinence urinaire (AI pce 228 ; cf. également AI pce 253).

Cela étant, en l'absence d'aggravation notable de l'état de santé de l'assurée, l'OAIE a renoncé à une nouvelle évaluation de l'invalidité (AI pces 229 et 230). Par décision du 29 septembre 2017, il a rejeté la demande de rente du 7 juillet 2016, au motif que l'état de santé de l'assurée – à l'instar de son degré d'invalidité - est resté inchangé depuis la décision du 14 octobre 2014 (AI pce 254).

### **C.**

Le 28 octobre 2017 (timbre postal), l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAIE du 29 septembre 2017, concluant en substance à son annulation et à ce qu'une instruction complémentaire soit mise en œuvre. A cet effet, elle explique être dans l'attente d'une hospitalisation en raison d'une aggravation de son état santé psychique (TAF C-6170/2017 pce 1). Par écriture du 12 décembre 2017, la recourante a versé en cause un rapport d'hospitalisation du 2 au 22 novembre 2017 auprès du Centre médical L. \_\_\_\_\_ en Alsace en raison d'un syndrome dépressif sévère. Dans ce contexte, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11) a été retenu au titre de diagnostic principal et une hypothyroïdie au titre de diagnostic secondaire (TAF C-6170/2017 pce 7).

Par arrêt du Tribunal administratif fédéral du 4 janvier 2018, ce recours a été déclaré irrecevable compte tenu du fait que l'avance de frais réclamée à l'assurée n'avait pas été acquittée dans le délai imparti (TAF C-6170/2017 pce 8). Le 21 juin 2018, le Tribunal fédéral a annulé cet arrêt et a renvoyé la cause au Tribunal de céans pour qu'il impartisse à l'assurée un nouveau délai pour effectuer l'avance de frais (TF 9C\_101/2018 du 21 juin 2018, TAF C-6170/2017 pce 26).

Après que l'assurée ait valablement acquitté l'avance de frais exigée par décision incidente du Tribunal de céans du 16 juillet 2018 (TAF C-3843/2018 pces 2 à 5), l'autorité précédente a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF C-3843/2018 pce 7).

En l'absence de réplique de l'assurée, l'échange d'écritures a été clôturé par ordonnance du 8 octobre 2018 (TAF C-3843/2018 pce 10).

## **Droit :**

### **1.**

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 s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**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** Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

## 2.

**2.1** Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, domiciliée en France, mais ayant travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, l'ALCP fait référence 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Cela étant, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

**2.2** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 29 septembre 2017.

**2.3** Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant

jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 29 septembre 2017 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit). Les faits postérieurs doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

### 3.

Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée au mois de juillet 2016. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, la juridiction cantonale était en droit de nier une péjoration de l'état de santé par rapport à celui existant au moment de la décision du 14 octobre 2014, qui constitue le dernier prononcé reposant sur un examen médical du droit aux prestations (AI pce 191).

### 4.

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

L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**4.2** Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

**4.3** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C\_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente

avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

**4.4** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). En matière de révision, il revient en particulier au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écartée (TF 9C\_4718/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2).

**4.5** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets,

qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4.6** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre MOOR/ Etienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3ème éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

## **5.**

En l'occurrence, l'OAIE a comparé les situations de fait qui prévalaient lors de la décision du 14 octobre 2014 et lors de la décision litigieuse. Se fondant essentiellement sur les prises de position de son médecin-conseil le Dr K. \_\_\_\_\_, il a considéré que l'état de santé de l'assurée n'avait subi aucune aggravation notable. Par conséquent, l'Office a exclu l'existence d'un motif de révision. De son côté, la recourante soutient que ses atteintes – en particulier son syndrome dépressif – n'ont cessé de se dégrader, ce qu'a méconnu l'autorité précédente. Aux yeux de la recourante, l'examen de sa demande exige ainsi la mise en œuvre d'une instruction complémentaire sous la forme d'expertise.

**5.1** Comme le retient l'autorité précédente, le dossier ne met pas, dans son état actuel, en évidence une modification des circonstances propre à influencer le droit à la rente. A suivre les avis des médecins consultés en

France, il apparaît plutôt que les principales atteintes de l'assurée sont globalement restées stationnaires au cours des dernières années. Ainsi, le Dr G. \_\_\_\_\_ – s'il évoque certes une aggravation du status psychique de l'assurée – ne décrit aucune manifestation nouvelle du syndrome dépressif, auquel il fait correspondre une incapacité de travail totale comme il le faisait déjà en 2011 (AI pce 149 entre autres). De même, dans ses avis de janvier et mai 2015, le Prof. F. \_\_\_\_\_ n'exprime pas expressément que les atteintes urologiques de l'assurée ont connu depuis une évolution défavorable (AI pces 205 et 208).

Ces circonstances ne permettent toutefois pas encore d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un motif de révision. A partir du moment où elle est entrée en matière sur la demande de prestations du 7 juillet 2016, l'autorité précédente devait en effet mettre en œuvre la maxime inquisitoire. Or, on cherche en vain au dossier un rapport médical abordant de façon circonstanciée et convaincante les faits médicaux pertinents du cas d'espèce. Quoiqu'en pense l'autorité précédente, on ne voit en particulier pas que les prises de position sommaires du Dr K. \_\_\_\_\_ satisfassent aux réquisits jurisprudentiels en la matière (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En effet, les avis du médecin-conseil ne permettent pas au lecteur de saisir les répercussions de la sclérose aortique sur la capacité de travail de l'assurée. Si l'on comprend certes que cette atteinte ne constitue pas une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée (AI pce 228), on ne sait rien de sa nature ou de ses manifestations. On devait pourtant attendre du médecin-conseil qu'il fasse preuve de davantage de précision dans la mesure où cette atteinte cardiologique – dont l'apparition est postérieure à la décision de rente d'octobre 2014 - n'a été que quelques fois évoquée au dossier et n'a jamais donné lieu à un avis de spécialiste (AI pces 205, 220 et 238). Dans le même ordre d'idée, le Dr K. \_\_\_\_\_ est excessivement sommaire lorsqu'il explique que les troubles au niveau du rachis et la gonarthrose « entraînent uniquement des limitations fonctionnelles » (AI pce 2019). En présence de l'apparition nouvelle d'une tendinite du moyen fessier (AI pce 251), il s'agissait à tout le moins pour le médecin SMR de décrire ces limitations fonctionnelles, de manière à ce que l'on puisse les comparer à celles existantes au moment de la décision de 2014. Au plan urologique également, les avis retenus à la base de la décision attaquée sont lacunaires, dès lorsqu'ils ne thématisent pas l'évolution depuis 2014 des problèmes d'incontinence. Or, le Prof. F. \_\_\_\_\_ suggérait en 2015 une hospitalisation dont on ne sait pas clairement si elle a eu lieu et quelles en ont été les suites (AI pce 208). Enfin,

d'un point de vue psychiatrique, on imagine mal que le Dr K. \_\_\_\_\_ se soit prononcé en bonne connaissance de cause. Après avoir admis que « les renseignements médicaux [étaient] insuffisants pour conclure » et avoir expliqué que la réalisation d'une expertise était disproportionnée en raison de l'âge de l'assurée, le médecin-conseil a en effet proposé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique auprès du Service médical régional de l'OAIE (AI pce 211). Or, c'est finalement sur la base uniquement d'un rapport sommaire du Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre-traitant, que le Dr K. \_\_\_\_\_ a exclu toute aggravation des atteintes psychiques de l'assurée et ce, alors même que le Dr G. \_\_\_\_\_ retient une telle aggravation (AI pces 226, 228 et 253 ; cf. également AI pces 217 et 237). Il s'ajoute à cela que les rapports successifs du médecin SMR ne sont pas exempts de contradiction dans la mesure où ils parviennent à des conclusions distinctes s'agissant de l'évaluation de la capacité médico-théorique de l'assurée (AI pces 219, 226 et 228). D'ailleurs, s'il exclut toute aggravation de l'état psychique de l'assurée, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'en retient pas moins une capacité résiduelle de travail davantage limitée que celle admise au terme de l'expertise (...) de mai 2014 (AI pce 184).

**5.2** Dans ces conditions, les appréciations du Dr K. \_\_\_\_\_ – lacunaires et équivoques - ne permettent pas d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un motif de révision. L'autorité précédente ne pouvait dès lors les retenir à la base de la décision attaquée, surtout que l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères lorsque l'assureur statue essentiellement sur la base d'appréciations de médecins qui lui sont rattachés (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d).

## **6.**

Cela étant, l'instruction doit être complétée afin de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé de manière à influencer le droit à la rente. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente, dès lors que l'instruction à la base de la décision attaquée a été mise en œuvre de façon trop sommaire. Pour déterminer l'état de fait médical, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer une appréciation documentaire de son médecin-conseil et de requérir un rapport succinct auprès du médecin traitant (art. 61 PA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; 139 V 99 ; TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). Aussi s'agira-t-il pour l'OAIE de mettre en œuvre les mesures jugées utiles pour déterminer si depuis la décision du 14 octobre 2014, les

atteintes de la recourante – respectivement leurs conséquences sur sa capacité de gain - se sont aggravées de manière à justifier le droit à une rente.

## 7.

Vu ce qui précède, le recours est fondé et doit être admis.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800 fr. (TAF, pces 2 ; 3 ; 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

Pour le surplus, l'assurée a interjeté recours par l'entremise d'un organisme de défense des intérêts de ses affiliés, lequel s'est en substance limité à des écritures de transfert de documents médicaux. A ce titre, il se justifie de lui accorder une indemnité de dépens fixée, *ex æquo et bono*, à Fr. 500.-, à charge de l'autorité inférieure. La recourante n'étant pas domiciliée en Suisse, dite indemnité n'est pas soumise à la TVA (art. 1<sup>er</sup> et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA ; RS 641.20]).

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

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 29 septembre 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE dans le sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Une indemnité de dépens de Fr. 500.- est allouée à la recourante, à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé avec avis de réception ; annexe : formulaire 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.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Theubet

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. 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 :