



---

Cour III  
C-4572/2013

## Arrêt du 6 juin 2014

---

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),  
Daniel Stufetti, Beat Weber, juges,  
Yann Grandjean, greffier.

---

Parties

X. \_\_\_\_\_,  
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 10 juillet 2013).

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

X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'intéressée ou la recourante), ressortissante portugaise née (...) 1957, a travaillé en Suisse en qualité de femme de ménage jusqu'au 19 mars 1998 (not. pce I/8). Elle a cotisé aux assurances sociales suisses par intermittence entre 1990 et 2003 (pce II/23 et 24).

**B.**

**B.a** Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Vaud (ci-après: l'OAI-VD) a octroyé à l'intéressée une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 1999 pour un taux d'invalidité de 70%, assortie d'une obligation de se conformer à un traitement psychiatrique selon un engagement pris par l'intéressée par lettre du 27 avril 2001 (pces I/38 p. 4 et I/35). La rente d'invalidité est alors accordée en raison d'une maladie de longue durée et essentiellement sur la base de la documentation médicale suivante:

- Selon une expertise psychiatrique du 19 février 2001 des Drs A.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et B.\_\_\_\_\_, psychologue FSP, l'intéressée souffre d'un état dépressif d'intensité moyenne à sévère avec agoraphobie et attaque de panique paucisymptomatique d'intensité légère à moyenne, d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, de personnalité à traits dépendants et de dorso-lombalgies banales; les médecins soulignent une observance thérapeutique nulle ou très mauvaise, tant pour la prise d'antidépresseurs que pour les antalgiques, éventuellement en raison d'un traitement inadapté; les experts déclarent celle-ci incapable à 70% d'exercer son activité habituelle, mais remarquent toutefois qu'une bonne observance thérapeutique, ainsi qu'un suivi thérapeutique devrait améliorer son état dépressif et ainsi sa capacité de travail (pces I/28 p. 14, 18 et 19).
- Selon le rapport du 22 mars 2001 du médecin de l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, l'intéressée présente des troubles somatoformes douloureux persistants et état dépressif d'intensité moyenne à sévère chronique (CIM-10 F45.4 et F32.2) avec les pathologies associées suivantes influençant la capacité de travail: une gonarthrose débutante gauche, une arthrose rotulienne gauche et une lyse isthmique bilatérale L5. Sont également relevés comme facteurs associés n'étant pas du ressort de l'AI mais influençant la capacité de travail: une agoraphobie avec attaques de panique paucisymptomatiques d'intensité légère à

moyenne, une personnalité à traits dépendants et une non complian-  
ce médicamenteuse. Ce médecin déclare l'intéressée incapable à  
70% de travailler dans toute activité dès le 20 mars 1998, en raison  
de son état psychique; il souligne toutefois que d'un point de vue so-  
matique, l'intéressée serait apte à travailler en plein dans des activités  
légères ne nécessitant pas de port de charges lourdes (pce I/30).

### C.

**C.a** En 2002, l'OAI-VD entame une première procédure de révision de la  
rente d'invalidité octroyée à l'intéressée (pces I/45 ss). Cette procédure  
est poursuivie par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés rési-  
dant à l'étranger (ci-après: l'OAIE ou l'autorité inférieure) après le démé-  
nagement de l'intéressée au Portugal en octobre 2003 (pce I/63).

Dans le cadre de cette procédure, sont notamment portées au dossier les  
pièces suivantes:

- les rapports du médecin traitant de l'intéressée, le Dr D.\_\_\_\_\_,  
psychiatre FMH, des 20 mars, 28 novembre et 18 décembre 2002,  
dont il ressort que l'état de santé psychique de l'intéressée connaît  
une nette amélioration malgré la persistance d'une situation familiale  
conflictuelle. Le diagnostic posé est alors celui de troubles dépressifs  
récurrents, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (CIM-10  
F33.1). La capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique, est  
évaluée à 50% (pces I/ 53, 57 et 58);
- un rapport médical intermédiaire du 9 décembre 2002 de la Dresse  
E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies  
rhumatismales, indiquant que l'état somatique de l'intéressée s'est  
aggravé, ne lui permettant plus de s'occuper de son ménage; elle fait  
état de traitement par physiothérapie et d'une médication régulière de  
l'intéressée (pce I/59);
- un rapport orthopédique du 29 décembre 2004 du Dr F.\_\_\_\_\_, indi-  
quant chez l'intéressée une légère raideur cervicale et lombaire, une  
légère limitation de l'épaule et mentionnant des signes d'épicondylite  
à droite. Il relève que l'intéressée se plaint toujours de douleurs de la  
colonne cervicale, de lombosciatalgies, ainsi que de douleurs aux ge-  
noux et à l'épaule droite allant en s'aggravant. L'intéressée fait éga-  
lement état de douleurs au niveau du coude et du pouce droit relevant  
d'une ténosynovite des fléchisseurs sténosante (pce I/79);

- un rapport psychiatrique du 10 janvier 2005 du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, faisant état chez l'intéressée d'épisode dépressif modéré (CIM-10 F32.0) et de dysthymie (CIM-10 F34.1). Le praticien estime que l'état de santé psychique de l'intéressée ne s'est pas amélioré depuis son retour au Portugal (pce I/81 p. 3);
- le rapport médical E213 du 4 janvier 2005 dont il ressort que le diagnostic posé est celui de dysthymie et de lésions dégénératives de la colonne vertébrale et que la capacité de travail de l'intéressée est de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir dans une profession ne nécessitant pas de porter des charges, de monter des escaliers, de travailler la nuit ou d'effectuer des flexions répétées (pce I/82).

**C.b** Dans une prise de position du 9 mai 2005, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, confirme les diagnostics de dépression chronique, de syndrome chronique lombo-spondylogène et lombo-radicaire intermittent, avec spondylose en L5 des deux côtés, ainsi que de dysplasie du condyle fémoral gauche et de la rotule de la jambe gauche avec déséquilibre musculaire. Le médecin estime toutefois, contrairement aux conclusions du formulaire E213, que l'état de santé de l'intéressée est resté le même qu'au moment de l'octroi de la rente, l'amélioration psychiatrique n'ayant été que temporaire; il note en outre que l'intéressée doit encore bénéficier d'un accompagnement thérapeutique et médicamenteux à cet égard (pce I/84).

**C.c** Par communication du 12 mai 2005, l'OAIE confirme à l'intéressée le droit à une rente entière. Selon l'OAIE, le degré d'invalidité de l'intéressée ne s'est pas modifié de manière à influencer son droit à la rente (pce I/85).

## **D.**

**D.a** En 2009, l'OAIE entame une nouvelle procédure de révision de la rente d'invalidité octroyée à l'intéressée (pces I/86 ss).

**D.b** Dans le cadre de cette procédure, une expertise bidisciplinaire est notamment effectuée le 12 janvier 2010 par les Drs I.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et J.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du Centre (...) (pce I/119). Dans le rapport du 22 avril 2010, le diagnostic posé est celui de fibromyalgie, de spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré I, stable, sur lyse isthmique bilatérale, d'arthrose acromioclaviculaire droite, de gonarthrose

tricompartimentale débutante droite, de coxarthrose bilatérale débutante, de tendinite de la patte d'oie droite, de diabète de type II non insulinodépendant, de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent, en épisode léger sans syndrome somatique. L'expertise fait également état de la pose d'un anneau gastrique ayant permis à l'intéressée de perdre 32 kg et d'améliorer ainsi son état de santé somatique (74 kg/160 cm).

Les experts attestent, sur le fondement de leurs constatations, que la capacité de travail de l'intéressée s'est progressivement améliorée: elle était de 30% dès 1998, d'environ 50% entre 2002 et 2007 dans toute activité et de 100% dès 2007 dans toute activité. Sur le plan somatique, la fibromyalgie ne peut, à elle seule, justifier une incapacité de travail. Sur le plan psychique, seule demeure une dysthymie sans incidence sur la capacité de travail; l'épisode dépressif léger est réactionnel à la révision et n'entraîne aucune incapacité de travail (p. 15 ss).

**D.c** Par prise de position du 4 juin 2010, le médecin de l'OAIE, la Dresse K.\_\_\_\_\_, fait siennes les conclusions de l'expertise bidisciplinaire et déclare l'intéressée apte à travailler entièrement et dans toute activité dès le 12 juin 2009 (pce I/121). Ces conclusions sont confirmées lors de la procédure d'audition et après l'apport de nouveaux rapports médicaux (pces I/123 à 127) par une prise de position de la Dresse K.\_\_\_\_\_, du 27 août 2010 (pce I/129).

**D.d** Par décision du 20 septembre 2010, l'OAIE rend une décision de suppression de la rente entière octroyée à l'intéressée, avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2010, confirmant le projet de décision du 21 juin 2010. L'OAIE retient alors que l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré du point de vue psychique, l'état dépressif chronique ayant évolué en dysthymie, puis, suite au contexte de la présente révision, en réaction dépressive légère non invalidante. Sur le plan somatique, l'OAIE relève la persistance de l'absence d'atteinte invalidante compatible avec une fibromyalgie sans comorbidité invalidante (pce I/132).

**D.e** Par acte du 26 octobre 2010, l'intéressée dépose un recours contre la décision du 20 septembre 2010 auprès du Tribunal de céans. L'intéressée conclut implicitement de ses écritures à l'octroi d'une rente d'invalidité au motif d'une dégradation de son état de santé (cf. pce II/4 p. 11 let. M).

**D.f** Par arrêt du 26 juillet 2012, le Tribunal de céans admet partiellement le recours de l'intéressée (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-

7713/2010 du 26 juillet 2012; pce II/4). La décision est alors réformée en ce sens que l'intéressée a droit au maintien de sa rente jusqu'au 30 novembre 2010 (et non jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2010). Au surplus, la décision est confirmée notamment quant au diagnostic et à la capacité de travail de l'intéressée.

Le Tribunal de céans a notamment retenu, comparant l'état de fait médical au 20 septembre 2010 avec celui qui se présentait lors de la décision initiale, soit le 16 mai 2001, une expertise indépendante lors de la première révision d'office faisant défaut malgré les contradictions au dossier (consid. 7.3), que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré d'un point de vue psychique et stabilisé d'un point de vue somatique depuis l'octroi de la rente, de sorte que la fibromyalgie de la recourante ne saurait être considérée comme invalidante (consid. 10) et une capacité de travail totale dans son activité habituelle et dans tout autre type d'activité devait lui être reconnue depuis le 12 juin 2009 (consid. 13.6). Il a aussi indiqué que la recourante avait produit avec sa réplique des documents médicaux semblant faire état d'une aggravation de ses atteintes lombaires, atteintes qu'il appartenait à la recourante, dans l'hypothèse où elle redeviendrait invalide, de faire valoir par une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse, comme cela avait aussi été indiqué par l'OAIE dans ses écritures (consid. 14.2).

**D.g** Par arrêt du 27 septembre 2012, le Tribunal fédéral déclare irrecevable un recours de l'intéressée du 23 août 2012 contre l'arrêt du Tribunal de céans du 26 juillet 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_666/2012 du 27 septembre 2012; pce II/8).

## **E.**

**E.a** Par acte du 29 octobre 2012, l'intéressée dépose, par l'intermédiaire de l'organe portugais de liaison, une nouvelle demande de prestations suisses d'invalidité (Demande de pension d'invalidité E204; pce II/11).

Dans le cadre de cette nouvelle demande reçue le 28 novembre 2012, l'OAIE porte au dossier notamment les pièces suivantes:

- des résultats de neurophysiologie du 28 janvier 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_, décrivant au niveau des membres supérieurs une atteinte compatible avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral d'intensité légère et des signes d'atteinte neurogène chronique modérée du myotome C8 au niveau du membre supérieur droit, ainsi que des si-

gnes d'une atteinte neurogène chronique discrets des myotomes L3-L4 de la hanche gauche (pce II/43 p. 5);

- un bref rapport médical du 10 mars 2011 du Dr M.\_\_\_\_\_, orthopédie et traumatologie, dont il ressort que l'intéressée est traitée par infiltration de corticoïdes sans succès pour des douleurs et des rigidités du membre supérieur droit, suivie par de longues périodes de physiothérapie; il est également relevé que l'intéressée allait subir une laminectomie décompressive et une arthrodèse lombo-sacrée en raison de ses lombalgies gauches; sur la base des méthodes portugaises d'évaluation son incapacité de travail est évaluée à 53.115% (pce II/16);
- un document (date illisible) qui fait état d'un examen par scanner de la colonne lombaire de l'intéressée pratiqué le 31 juillet 2012 par la Dresse N.\_\_\_\_\_. Il en ressort notamment les constatations suivantes: signes d'hyperlordose lombaire, aggravée par une spondylolisthésis en L5-S1 de degré I pouvant entraîner une instabilité de la charnière lombo-sacrée; calcifications abdominales athéromateuses; en L2-L3 une procidence discovertébrale circonférentielle, légèrement latéralisée dans la région inférieure du trou de conjugaison; le document précise que les résultats sont en corrélation avec l'état de la patiente; morphologie lombaire du canal et de l'amplitude préservée; il ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'intéressée (pce II/17);
- un rapport manuscrit du 19 septembre 2012 émanant du Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre, dont il ressort que l'intéressée souffre de dépression anxieuse, laquelle dure depuis 3 ans avec une humeur dépressive, une anxiété intense, une instabilité psychique avec des crises d'irritabilité et des insomnies rebelles. Le rapport fait également état d'idéation suicidaire et de deux tentatives de suicide, l'une en 1999 et l'autre un mois avant la rédaction du rapport. L'intéressée s'est vu prescrire des anxiolytiques et des anti-dépresseurs (pce II/18; traduction pce TAF 11);
- un rapport médical manuscrit du 8 novembre 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_, à l'attention de la sécurité sociale portugaise, qui, notamment sur la base des pièces précédentes, d'une anamnèse clinique et familiale et d'un examen clinique, pose les diagnostics de procidence discovertébrale circonférentielle en L2-L3, de protrusion discale postérieure médiane en L3-L4, de lyse isthmique bilatérale et de syndrome dépressif.

Le rapport décrit une humeur déprimée, une mobilité douloureuse de la colonne dorsolombaire et de l'extrémité supérieure droite, mais sans limitation, un signe de Lasègue négatif, une patiente bien orientée, en lieu et temps, collaborante et anxieuse, dans un état compensé et stabilisé (pce II/19 p. 3 et 4). La capacité de travail est estimée totale dans l'exercice de sa profession habituelle (p. 4);

- un rapport médical E213 du 8 novembre 2012 émanant également du Dr P.\_\_\_\_\_, dont il ressort que la mobilité de l'intéressée est douloureuse mais sans limitations dans la colonne dorsolombaire, le signe de Lasègue étant négatif. La mobilité des membres inférieurs et supérieurs est bonne. La force et le tonus musculaire sont sans altération, de même que la marche. Le diagnostic posé est celui de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33), d'atteintes d'autres disques intervertébraux (M51) et de lésion de l'épaule (M75) (pce II/20 p. 3); il en ressort également que l'état de santé de l'intéressée est stationnaire depuis 2008 et qu'elle est capable d'exercer de façon régulière des travaux légers moyennant les restrictions fonctionnelles suivantes: proscription d'une exposition à l'humidité, au froid, à la chaleur, au bruit, à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations, du travail en équipe, du travail de nuit, de la flexion, du levage et du port de charges fréquents, de la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés ainsi que des situations de risques de chutes; le travail n'étant possible qu'en excluant les contraintes de délais particuliers (p. 5). L'activité professionnelle antérieure de femme de ménage et une activité adaptée sont jugées possibles à raison de 4 heures par jour, le rapport indique une incapacité de travail de 50% selon la législation portugaise (p. 6);
- un rapport du 20 novembre 2012 émanant du Dr Q.\_\_\_\_\_, radiologue (pce II/29 p. 1), dont il ressort que l'intéressée présente des atteintes compatibles avec une tendinopathie au niveau de l'épaule droite (tendon du muscle supra-épineux) et du coude droit et avec une enthésopathie au niveau du coude droit (epicondylus lateralis). Au niveau de l'épaule droite, l'articulation acromio-claviculaire est signalée sans lésion arthritique (pce II/29 p. 2);
- un rapport manuscrit, partiellement illisible, du 18 décembre 2012, émanant du Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre dont il ressort, après un nouvel examen, que l'intéressée souffre d'une forte atteinte symptomatologique dépressive: d'une humeur dépressive, d'une anxiété intense et d'une instabilité psychique; elle souffre de fibromyalgie avec de fortes

douleurs, situation qui aggrave la symptomatologie psychotique. Le médecin décèle des changements cognitifs. Il rappelle que l'intéressée a une idéation suicidaire et a fait plusieurs tentatives de suicide (pce II/30; traduction pce TAF 11);

- un questionnaire à l'assurée incomplet daté du 10 janvier 2013 (pce II/25);
- une prise de position médicale du 19 mars 2013 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin du service médical de l'autorité inférieure, spécialiste en médecine interne générale et médecin certifié SMR (Service médical régional), dont il ressort que, depuis la suppression de la rente, l'intéressée ne présente aucun diagnostic ni aucun résultat nouveau. Selon le praticien, la description de ses douleurs correspond à celles dues à sa fibromyalgie; il retient comme diagnostic principal une spondylolisthésis L5-S1 de degré I, avec répercussion sur la capacité de travail, stable, comme diagnostic secondaire ayant une incidence sur la capacité de travail: une arthrose de l'articulation acromioclaviculaire, et comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail: une fibromyalgie, une gonarthrose débutante, une dysthymie et un diabète mellitus de type 2. Il conclut qu'il n'y a aucune péjoration de l'état de santé, ce qui confirme le formulaire E213. La capacité de travail est entière dans toute activité professionnelle depuis 2009 (pce II/35).

**E.b** Le 23 mai 2013, l'intéressée, invitée à se déterminer sur un projet de décision du 17 avril 2013 tendant à rejeter sa demande de prestations d'invalidité (pce II/39), produit de nouveaux documents à l'appui de sa demande (pce II/40):

- un rapport d'examen par résonnance magnétique ayant eu lieu le 16 novembre 2010, signé par le Dr S.\_\_\_\_\_, (pce II/43 p. 1), dont il ressort que l'intéressée souffre d'une hernie discale en C5-C6 et C6-C7 avec possible compromission de la racine en C6 droite et moins probablement en C7 droite et d'une procidence discale à tous les niveaux lombaires, en particulier en L3-L4 remplissant le sac dural et en L5-S1, la lésion des racines en L5 dans les situations de charge étant possible (pce II/43 p. 1);
- une fiche de renseignements cliniques à l'en-tête du ministère portugais de la santé datée du 13 mai 2013, émanant du Dr T.\_\_\_\_\_, dont il ressort, outre des diagnostics déjà connus, notamment que l'in-

téressée a des antécédents de tentatives de suicide et a fait l'objet d'internements prolongés; elle a été opérée à la colonne lombaire et est en attentes pour une opération à la colonne cervicale. En raison de ses maladies, l'intéressée est sévèrement limitée dans ses activités et incapable d'exercer une activité professionnelle (pce II/41);

- une fiche de renseignements cliniques du 16 mai 2013 émanant du Dr U.\_\_\_\_\_ (pce II/42), dont il ressort que l'intéressée a subi une intervention chirurgicale le 30 avril 2013 (arthrodèse L4/S1) et que son incapacité de travail se poursuit; il est relevé qu'il est envisagée une opération au niveau cervical;
- un bref rapport d'examen radiologique du 15 mai 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_ (pce II/44), dont il ressort que l'intéressée présente une spondyl- et uncarthrose en C5-C6 et C6-C7 avec une légère réduction de l'espace intersomatique en C6-C7 compatible avec une discopathie légère, une antérolisthesis (synonyme: spondylolisthésis) de degré I de L5 sur S1 et une fixation postérieure de la colonne lombaire en L5-S1, avec préservation des espaces intersomatiques au niveau lombaire; ce bref rapport ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'intéressée.

**E.c** L'OAIE soumet cette documentation au Dr R.\_\_\_\_\_. Par prise de position du 3 juillet 2013, ce médecin énonce que les symptômes de l'intéressée sont les mêmes que lors de la précédente procédure; il relève que la fiche de renseignements datée du 16 mai 2013 qui ne relève aucune amélioration de l'état de santé de l'intéressée a été faite très peu de temps après l'opération qu'elle a subie; il conclut que l'état de santé de l'intéressée demeure inchangé, sans modification de sa capacité de travail (pce II/46).

**E.d** Le 10 juillet 2013, l'autorité inférieure rend une décision de rejet de la demande de prestations (pce II/47). A l'appui de sa décision, l'autorité inférieure fait valoir qu'il n'y a pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et que, partant, la demande de prestations est rejetée.

## **F.**

Le 9 août 2013, l'intéressée interjette recours contre la décision du 10 juillet 2013 (pce TAF 1). Elle fait valoir en substance que ses problèmes de santé d'ordre somatique (atteintes à la colonne lombaire et cervicale, fibromyalgie, ostéoarthrose et tendinites) et psychologique (dépression

grave, tentatives de suicide, sous traitement par antidépresseurs) l'empêchent d'avoir une quelconque activité professionnelle et conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et à l'attribution d'une rente d'invalidité pour un degré d'incapacité supérieur à 50%.

Elle produit des pièces médicales figurant déjà au dossier, dont les deux derniers font état de son incapacité de travail (pces II/16, 18, 41 et 42).

#### **G.**

Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'autorité inférieure dépose sa réponse au recours du 9 août 2013 (pce TAF 3). L'autorité se réfère aux prises de position de son service médical des 19 mars et 3 juillet 2013 (pces II/35 et 46) et maintient que, sur la base de la documentation médicale, l'état de santé de l'intéressée est stationnaire depuis 2009 et qu'elle présente une pleine capacité de travail; elle conclut au rejet du recours.

#### **H.**

Une invitation à répliquer adressée à la recourante par ordonnance du 15 octobre 2013, notifiée le 31 octobre 2013 (pce TAF 4 et 5), est restée sans réponse.

#### **I.**

Invitée à faire une avance de frais de procédure de 400 francs par décision incidente du 4 décembre 2013 (pce TAF 6), la recourante s'en est acquittée dans le délai imparti (pce TAF 8).

Les arguments des parties seront repris autant que de besoin dans la partie en droit.

### **Droit :**

#### **1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues par l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), l'autorité de recours, 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 l'autorité de recours 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. En application de 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 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** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais ayant été effectuée, le recours est recevable.

## **2.**

La recourante est une ressortissante portugaise domiciliée au Portugal, pays membre de l'Union européenne.

**2.1** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

**2.2** Au niveau du droit international, 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 1<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables en l'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

**2.3** Il sied de souligner que 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). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), 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. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

**2.4** Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, trouvent application en l'espèce.

### **3.**

**3.1** La requérante a déposé sa demande de prestations d'invalidité le 29 octobre 2012. Cette demande a fait suite à la décision du 20 septembre 2010 de l'OAIE de suppression de sa rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2010 confirmée par l'autorité de recours le 26 juillet 2012 avec effet au 30 novembre 2010.

**3.2** En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée, en l'espèce supprimée, 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).

**3.3** 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 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; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). 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).

**3.4** En l'espèce, l'OAIE a examiné du point de vue matériel la nouvelle demande de prestations. L'autorité de recours peut donc se limiter à examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 10 juillet 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

#### **4.**

**4.1** Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065).

**4.2** En l'espèce, la recourante a cotisé aux assurances sociales suisses de manière irrégulière entre 1990 et 2003, pour un total de 12 années et 3 mois (pces I/1, 9, 15, 44 et 61 et pces II/23 et 24), soit pendant plus de trois ans; elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisation. Il reste à examiner si elle est invalide.

#### **5.**

**5.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**5.2** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'Union européenne et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement [CE] n° 883/04).

**5.3** Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

**5.4** En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

**5.5** Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'apti-

tude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGa et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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 réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa).

## **6.**

La recourante a cessé son activité de femme de ménage au mois de mars 1998 en raison de son état de santé. Selon ses déclarations, elle ne travaille pas et n'a pas repris d'activité (pce II/25).

**6.1** La notion d'invalidité telle qu'elle résulte de l'art. 8 LPGa et de l'art. 4 LAI est de nature économique et juridique, et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Autrement dit, l'assurance-invalidité couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non l'atteinte à la santé en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est ainsi fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGa aux termes duquel 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.

**6.2** Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

## **7.**

**7.1** L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesu-

res déterminées de réadaptation; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Berne 2011, n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (STÉPHANE BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142).

**7.2** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge

des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire dans le cadre de la procédure inquisitoire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; voir aussi les arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références).

Il convient également de souligner que les rapports des Services médicaux régionaux (ci-après: SMR) selon l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, le cas échéant du service médical de l'OAIE (dont les fonctions sont les mêmes que ceux d'un SMR; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.3) ont une autre fonction que les examens de la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. De tels rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports du SMR ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; VALTERIO, n° 2920).

## **8.**

**8.1** En l'espèce, une rente entière a été accordée à la recourante par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2001 en raison essentiellement d'un état dépressif d'intensité moyenne à sévère, d'un trouble douloureux associé à la fois à

des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique (expertise psychiatrique du 19 février 2001 des Drs A.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et B.\_\_\_\_\_, psychologue FSP [pce I/28 p. 14]). Ce diagnostic a été en principe confirmé par le rapport du 22 mars 2001 du médecin de l'OAIE, le Dr C.\_\_\_\_\_ qui parlait de troubles somatoformes douloureux persistants, avec des pathologies associées influençant la capacité de travail: une gonarthrose débutante gauche, une arthrose rotulienne gauche et une lyse isthmique bilatérale L5 (pce I/30). Le médecin de l'OAIE attestait que la recourante présentait un degré d'invalidité de 70% dans toute activité dès le 20 mars 1998.

**8.2** La rente entière a été supprimée par décision du 20 septembre 2010 (pce I/32) essentiellement sur la base d'un rapport d'expertise bi-disciplinaire du 22 avril 2010 des Drs I.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et J.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du Centre (...) (pce I/119). Lors de la précédente procédure de recours, une pleine valeur probante avait été accordée à cette expertise (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7713/2010 du 26 juillet 2012 consid. 13.4). Le Tribunal de céans avait retenu que, selon ces experts, la recourante était atteinte de fibromyalgie, de spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré I, stable, sur lyse isthmique bilatérale, d'arthrose acromioclaviculaire droite, de gonarthrose tricompartmentale débutante droite, de coxarthrose bilatérale débutante, de tendinite de la patte d'oie droite, de diabète de type II non insulino-dépendant, de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent, en épisode léger sans syndrome somatique. Le Tribunal de céans avait jugé que l'état de santé de la recourante s'était notablement amélioré d'un point de vue psychique et stabilisée d'un point de vue somatique depuis l'octroi de la rente. Dès lors, eu égard à la jurisprudence en la matière, la fibromyalgie de la recourante ne pouvait être considérée comme invalidante et une capacité de travail totale dans son activité habituelle et dans tout autre type d'activités devait lui être reconnue depuis le 12 juin 2009 (arrêt précité consid. 13.6). Cet état de fait est la base de comparaison pour évaluer s'il y a eu évolution de l'état de santé jusqu'au moment de la décision attaquée.

**8.3** Quant à la recourante, dans sa nouvelle demande et en procédure de recours, elle fait principalement valoir que ses problèmes de santé d'ordre somatique (atteintes à la colonne lombaire et cervicale, fibromyalgie, ostéoarthrose et tendinites) et psychique (dépression grave, sous traitement par antidépresseurs) l'empêchent d'avoir une quelconque activité professionnelle et conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et

à l'attribution d'une rente d'invalidité pour un degré d'incapacité supérieur à 50% (pce TAF 1).

De son côté, l'autorité inférieure se base sur les prises de position médicale des 19 mars et 3 juillet 2013 du médecin de son service médical, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin certifié SMR, selon lesquelles il n'y a aucune péjoration de l'état de santé et la capacité de travail est entière dans toute activité professionnelle depuis 2009 (pces II/35 et 46). En procédure de recours, l'autorité inférieure maintient que, sur la base de la documentation médicale, l'état de santé de l'intéressée est stationnaire depuis 2009 et qu'elle présente une pleine capacité de travail (pce TAF 3).

## 9.

**9.1** Sur le plan psychique, le médecin du service médical pose un diagnostic de fibromyalgie et de dysthymie et affirme que ce diagnostic explique les plaintes somatiques et psychiatriques continues et intenses de la recourante (voir les prises de position du 19 mars 2013 [pce II/35] et du 3 juillet 2013 [pce II/46]).

Le Tribunal de céans constate cependant que le rapport du 18 décembre 2012 du Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre, atteste d'une forte atteinte symptomatologique dépressive, à savoir une humeur dépressive, une anxiété intense et une instabilité psychique; l'intéressée souffre de fibromyalgie avec de fortes douleurs, situation qui aggrave la symptomatologie psychotique. Le médecin décèle des changements cognitifs sans toutefois les préciser (pce II/30). Dans son rapport du 19 septembre 2012, le même médecin précise que la dépression anxieuse dure depuis trois ans et que la recourante a fait deux tentatives de suicide, l'une en 1999 et l'autre un mois avant la rédaction du rapport (pce II/18). Les tentatives de suicide et des internements prolongés sont aussi évoqués par la fiche de renseignements cliniques du 13 mai 2013 du Dr T.\_\_\_\_\_, sans plus de précision (pce II/41). De même, un syndrome dépressif et une humeur dépressive sont attestés dans le rapport médical du 8 novembre 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_, (pce II/19).

Force est de constater tout d'abord que le médecin du service médical ne s'est pas prononcé sur les diagnostics psychiques posés par les Drs O.\_\_\_\_\_, et P.\_\_\_\_\_. S'agissant des rapports du Dr O.\_\_\_\_\_, certes difficiles de lecture, ils ont simplement été ignorés. Pourtant, les diagnostics, l'état d'esprit de la recourante décrit et les tentatives de suicide

évoquées par le Dr O.\_\_\_\_\_, de même que les internements prolongés évoqués par le Dr T.\_\_\_\_\_, ne corroborent pas le diagnostic psychiatrique principal retenu par le service médical, à savoir une dysthymie, qui est une atteinte plus légère. Seul le diagnostic secondaire de fibromyalgie concorde. De même, le médecin du service médical ne peut pas s'appuyer sur le rapport médical E213 du 8 novembre 2012 émanant du Dr P.\_\_\_\_\_ (pce II/20) et décrivant un état stationnaire. Ce rapport retient en effet un diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33) qui est incompatible avec celui retenu par le médecin du service médical, à savoir la dysthymie. Il en va de même s'agissant du second rapport médical du 8 novembre 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_ (pce II/19) qui parle d'un syndrome dépressif. De plus, il s'avère que le diagnostic de dysthymie, repris de la précédente procédure de recours, n'a plus été posé depuis janvier 2010 (pce I/119).

Certes, le fait que le médecin du service médical ne soit pas un spécialiste du ou des domaines médicaux des pathologies d'un assuré n'est pas déterminant si l'on n'attend pas de lui un avis de spécialiste mais la faculté de se prononcer sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation matérielle des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence. Un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C\_149/2008 du 27 octobre 2008, 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2, 8C\_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les réf.). Cependant, comme relevé, le médecin du service médical n'a simplement pas tenu compte de l'aspect psychique de l'état de santé de la recourante décrit par les rapports médicaux portés au dossier dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations. Au contraire, il ne retient que des diagnostics posés lors de procédures précédentes et conclut qu'il n'y a eu aucune péjoration de l'état de santé. Vu la contradiction manifeste entre l'appréciation du médecin du service médical et les rapports versés au dossier, l'autorité inférieure ne pouvait pas, sauf à violer le principe inquisitoire, rendre une décision en se fondant sur les rapports de son service médical. Au contraire, l'autorité inférieure aurait dû clarifier le status psychique en soumettant les rapports des Dr O.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ à un psychiatre pour prise de position.

**9.2** Sur le plan somatique, l'appréciation du service médical ne convainc pas non plus. Les atteintes à l'épaule, à savoir l'arthrose de l'articulation acromioclaviculaire, figuraient déjà dans les diagnostics retenus lors de la

précédente procédure de recours (consid. 8.2). En revanche, au niveau lombaire, le médecin du service médical retient comme diagnostic principal une spondylolisthésis L5-S1 de degré I. Cette appréciation est mise en doute par plusieurs pièces médicales. Le rapport d'examen par résonance magnétique ayant eu lieu le 16 novembre 2010, établi par le Dr S.\_\_\_\_\_ (pce II/43 p. 1), parle d'une procidence discale à tous les niveaux lombaires, en particulier en L3-L4 remplissant le sac dural et en L5-S1, la lésion des racines en L5 dans les situations de charge étant possible. Cette possible atteinte radiculaire est également évoquée dans le rapport neurophysiologique du 28 janvier 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_ (pce II/43 p. 5) qui rapporte des signes d'une atteinte neurogène chronique discrets des myotomes L3-L4 de la hanche gauche. Enfin, le rapport de l'examen par scanner de la colonne lombaire pratiqué le 31 juillet 2012 de la Dresse N.\_\_\_\_\_ rapporte que des signes d'hyperlordose lombaire, aggravée par une spondylolisthésis en L5-S1 de degré I, peuvent entraîner une instabilité de la charnière lombo-sacrée.

Le Tribunal de céans retient que la possible instabilité de la charnière lombo-sacrée et les possibles atteintes neurogènes ne ressortent pas de l'état de fait retenu lors de la précédente procédure de recours (consid. 8.2). En dépit de la nouveauté que ces diagnostics présentent, le médecin du service médical ne se prononce pas à leur sujet et ne démontre ainsi pas, d'une manière circonstanciée, en quoi ces nouvelles données devraient être écartées et l'autorité inférieure viole son devoir d'instruction. En particulier, il ne peut pas retenir sur la base du formulaire E213, lui-même très imprécis sur les atteintes aux disques intervertébraux et dont la valeur probante est ainsi mise en doute, que l'état de la recourante est stationnaire au vu des évolutions exposées ci-dessus. De même, le médecin du service médical ne peut être suivi lorsqu'il écarte la fiche de renseignements datée du 16 mai 2013, qui ne relève aucune amélioration de l'état de santé de la recourante, au motif qu'elle a été faite très peu de temps après l'opération qu'elle a subie (arthrodèse L4/S1 subie le 30 avril 2013; pce II/46). En effet, cette opération en tant que telle parle en faveur d'une dégradation de l'état de santé somatique de la recourante depuis septembre 2010 sur laquelle l'autorité inférieure aurait dû se prononcer. On ignore en particulier quelle est l'éventuelle influence de cette intervention sur la capacité de travail de la recourante.

Au niveau cervical, le bref rapport d'examen radiologique du 15 mai 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_ (pce II/44) évoque une spondyl- et uncarthrose en C5-C6 et C6-C7 avec une légère réduction de l'espace intersomatique en C6-C7 compatible avec une discopathie légère. En son temps, le rapport

d'examen par résonance magnétique ayant eu lieu le 16 novembre 2010, signé par le Dr S.\_\_\_\_\_ (pce II/43 p. 1) parlait déjà d'une hernie discale en C5-C6 et C6-C7 avec possible compromission de la racine en C6 droite et moins probablement en C7 droite. Il sied de relever que le Tribunal de céans avait, dans l'arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7713/2010 du 26 juillet 2012, signalé que ce rapport notamment pourrait être produit dans le cadre d'une nouvelle demande de rente d'invalidité, son pouvoir de cognition d'alors ne lui permettant pas de le retenir (consid. 14.2). L'intéressée a produit notamment ces pièces lors de l'instruction de la présente procédure. Ici non plus, alors que l'état de fait retenu lors de la précédente procédure de recours n'avait pas retenu d'atteinte cervicale, le médecin de service médical n'explique pas pourquoi il écarte ces diagnostics. A cela s'ajoute une possible opération à la colonne cervicale pour laquelle la recourante était en attente au mois de mai 2013 (voir la fiche de renseignements cliniques du 13 mai 2013 du Dr T.\_\_\_\_\_ [pce II/41] et celle du 16 mai 2013 du Dr U.\_\_\_\_\_ [pce II/42]). C'est un indice supplémentaire d'une dégradation de l'état de santé de la recourante susceptible d'avoir des répercussions sur sa capacité de travail. Sur ce point également, l'autorité inférieure ne pouvait pas clore le dossier sans éclaircir la situation médicale de la recourante.

Sont encore évoqués, sans pour autant faire l'objet d'une prise de position de la part du service médical, des atteintes compatibles avec une tendinopathie au niveau de l'épaule droite (tendon du muscle supra-épineux) et du coude droit et avec une enthésopathie au niveau du coude droit (epicondylus lateralis) (rapport du 20 novembre 2012 émanant du Dr Q.\_\_\_\_\_, radiologue [pce II/29 p. 1]), ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien (not. résultats de neurophysiologie du 28 janvier 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_ [pce II/43 p. 3 à 5]).

**9.3** Quant à l'influence de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail, force est de constater que les avis divergent tant sur les plans somatique que psychique. Selon le bref rapport médical du 10 mars 2011 du Dr M.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est de 53.115% (pce II/16). Cette pièce est cependant relativement ancienne et a été établie avant l'opération de la recourante (arthrodèse L4/S1) le 30 avril 2013. Quant au Dr P.\_\_\_\_\_ dans ses deux rapports du 8 novembre 2012, il estime, d'un côté, que la capacité de travail est totale dans l'exercice de sa profession habituelle (pce II/19 p. 4) et, de l'autre, que l'activité professionnelle antérieure de femme de ménage et une activité adaptée sont possibles à raison de 4 heures par jour, le rapport indiquant une incapacité de travail de 50% selon la législation portugaise (p. 6). Enfin, selon la fiche de rensei-

gnements cliniques du 13 mai 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_ (pce II/41), la recourante est sévèrement limitée dans ses activités et incapable d'exercer une activité professionnelle. Devant ces appréciations contradictoires, le médecin du service médical a retenu celle qui est la moins favorable à la recourante sans fournir d'explications convaincantes. En suivant cette appréciation faite sur la base de pièces médicales contradictoires et en ne procédant pas à une instruction complémentaire, l'autorité inférieure a violé le droit exposé plus haut (consid. 7.2).

**9.4** Cela étant, il appert que la décision attaquée repose sur une instruction insuffisante qui ne permet pas au Tribunal de céans de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé et de ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante depuis le 20 septembre 2010 (ATF 130 V 71) avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. En effet, vu les rapports médicaux incomplets et contradictoires y compris le formulaire E213 et les indices clairs qui parlent en faveur d'une dégradation de l'état de santé de la recourante aussi bien au niveau psychique que somatique, il manque, selon le droit exposé, une prise de position détaillée d'un orthopédiste et d'un psychiatre ayant examiné eux-mêmes la recourante quant à l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail. Conformément à la jurisprudence claire et constante en la matière (consid. 7.2), l'autorité inférieure ne pouvait pas se baser sur un rapport selon l'art. 49 al. 3 RAI d'un médecin du service médical, spécialiste en médecine interne générale, mais devait mettre sur pied une expertise bi- ou pluridisciplinaire comprenant au moins un volet orthopédique et psychiatrique. En rendant une décision en l'état, elle a violé le principe inquisitoire. Il se justifie dans de telles circonstances, vu l'importance des lacunes constatées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, la recourante pourra bénéficier des nouvelles garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210.

Il convient donc de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à un complément d'instruction. Il s'agira de clarifier la situation médicale de la recourante sur le plan psychique et sur le plan somatique. Il s'agira notamment de préciser la nature de ses atteintes lombaires et cervicales et leurs répercussions sur la capacité de travail en tenant compte de l'opération subie (arthrodèse L4/S1) et, le cas échéant, de celle envisagée (si elle a eu lieu) au niveau cervical ainsi que d'éclaircir l'état et l'évolution de l'état de santé psychique. A cette fin, l'autorité inférieure mettra sur pied une expertise bi- ou pluridisciplinaire comprenant notam-

ment un volet orthopédique et psychiatrique. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé de la recourante dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. Le dossier ainsi complété sera ensuite soumis au service médical de l'autorité inférieure pour prise de position. Sur cette base et si nécessaire avec le concours des experts en intégration, l'autorité inférieure rendra une nouvelle décision.

## **10.**

**10.1** La recourante ayant eu gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400 francs payée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**10.2** La recourante, ayant agi sans être représentée et n'ayant pas fait valoir de frais de défense particuliers, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF; RS 173.320.2]).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

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

**1.**

Le recours est admis et la décision du 10 juillet 2013 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs payée par la recourante lui sera restituée par la caisse du Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. (...)) ; Recommandé
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

(Les voies de droit figurent à la page suivante.)

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Yann Grandjean

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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. 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 :