



---

Cour III  
C-4708/2011

## Arrêt du 23 mars 2012

---

Composition

Vito Valenti, juge unique,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 13 mai 2011).

**Vu**

différents actes au dossier, desquels il ressort que A.\_\_\_\_\_, ressortissante espagnole née le [...] 1961, a travaillé en Suisse de 1979 à 1992, en dernier lieu en tant que caissière dans un centre commercial (pces 51, 183),

la première demande de rente AI déposée par l'intéressée le 26 juin 1987 (pce 7) en alléguant souffrir des séquelles de trois accidents de la route intervenus les 18 janvier 1984, 2 juin 1984 et 17 mars 1986 (pce 22 p. 1),

le prononcé du 7 juillet 1988 (pce 9) mettant l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 1986; suite à une amélioration de l'état de santé, cette prestation est supprimée avec effet au 30 juin 1991 (cf. pces 34 [décision de suspension de rente du 26 juillet 1990] et 57 [décision de suppression de rente du 25 octobre 1991]),

les deuxième et troisième demandes de rente AI déposées par l'assurée les 3 septembre 1993 (pce 68) et 20 juillet 2001 (pce 85); l'administration rejette ces requêtes par décisions des 20 septembre 1995 (pce 89) et 23 juillet 2003 (pce 178),

la quatrième demande de rente AI déposée par l'intéressée le 26 mai 2005 (pce 124 p. 4 n° 13); l'assurée n'ayant pas produit les documents requis dans le délai imparti, l'OAIE n'entre pas en matière sur la requête par décision du 8 juin 2007 (pce 140),

la cinquième demande de prestations AI introduite par actes des 3 août 2007 (pces 141-142) et 15 février 2008 (pce 146); l'autorité inférieure rejette cette requête par décision du 22 décembre 2008 (pce 166),

la sixième demande de rente AI déposée par l'intéressée le 22 octobre 2010 (pce 170 p. 7 n° 14); l'OAIE rejette cette requête par décision du 13 mai 2011 (pce 182) faisant suite à un projet de décision du 21 mars 2011 (pce 180),

le recours du 15 juin 2011 contre la décision précitée du 13 mai 2011 auprès de l'Institut national de sécurité sociale espagnol (ci-après: INSS) qui est transmis au Tribunal de céans pour compétence (pce 2); dans cet acte, l'assurée reproche en substance à l'administration de ne pas avoir tenu compte du fait que les institutions de sécurité sociale espagnoles l'ont mise au bénéfice d'une rente d'invalidité pour cause d'incapacité permanente totale avec effet au 2 novembre 2005 suite à un jugement du

Tribunal supérieur d'Andaloucie; indiquant disposer de ressources financières limitées, elle demande à être dispensée du paiement des frais de procédure,

l'ordonnance du 23 septembre 2011 (pce TAF 3) impartissant à l'assurée un délai de 30 jours dès notification dudit acte pour remplir et retourner le formulaire "demande d'assistance judiciaire"; cette dernière s'exécute par acte du 20 octobre 2011 (pce TAF 6),

l'ordonnance du 23 septembre 2011 (pce TAF 4) invitant l'autorité inférieure à déposer son préavis jusqu'au 2 novembre 2011; l'administration renonce à se déterminer sur le recours (cf. pces 7 à 9),

l'ordonnance du 20 décembre 2011 (pce TAF 10), transmettant à la recourante une copie des pièces 141 à 183 et l'invitant à répliquer jusqu'au 31 janvier 2012; l'assurée, par acte du 31 janvier 2012 (pce TAF 12), dépose ses observations et produit un rapport médical du 13 janvier 2011,

### **et considérant**

que, sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE,

qu'en vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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; or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA,

que, 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,

que, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA; art. 52 PA; 86 al. 1 du Règlement [CEE] N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 [RS 0.831.109.268.1]), le recours est recevable,

que la recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne; par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (cf. aussi art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]); ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 susmentionné, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement,

qu'en l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'administration a agi de façon conforme au droit en n'entrant pas en matière sur la nouvelle demande de rente AI déposée par l'assurée le 22 octobre 2010,

que l'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état des faits jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même; lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la nouvelle requête rend plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer de manière significative le droit aux prestations (art. 87 al. 4 en rapport avec l'al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; SR 831.201]); si l'assuré n'arrive pas à démontrer ceci, l'administration prononce un arrêt de non entrée en matière; il s'ensuit que le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants, ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI; bien plutôt, l'assuré supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_895/2011

du 16 janvier 2012 consid. 2); dans ce contexte, on relève que seuls les documents et allégations déposées auprès de l'autorité inférieure jusqu'au prononcé de la nouvelle décision sont à prendre en considération (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_881/2011 du 1<sup>er</sup> février 2012 consid. 2; 9C\_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 3.2; 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2); par ailleurs, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale; il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi; dans l'examen des allégations de la personne assurée quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref; elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_947/2011 du 27 janvier 2012 consid. 3.2 et les références citées),

qu'in casu, l'administration a rejeté la cinquième demande de rente AI de l'assurée par décision du 22 décembre 2008 entrée en force (pce 166); on note qu'à cette occasion l'administration avait procédé à un examen matériel approfondi en récoltant différents rapports médicaux; en particulier, un rapport médical E 213 du 18 octobre 2005 (pce 161) posait les diagnostics de lésion vertébrale C1-C2 avec syndrome d'instabilité résiduelle, de haute tension artérielle en traitement, de cervicalgies chroniques avec épisodes d'irradiation des membres supérieurs, de lombalgies sporadiques et de trouble dépressif récurrent; selon le médecin de l'INSS, ces diagnostics n'étaient pas d'une intensité suffisante pour justifier de retenir une invalidité permanente et l'assurée était en mesure d'exercer sa dernière profession d'ouvrière agricole (pce 140 p. 8 n° 7 et 8 et p. 10),

qu'il convient donc de considérer que la décision du 22 décembre 2008 sert de référence pour déterminer si l'assurée a rendu plausible une modification de son état de santé avec incidence sur sa capacité de travail,

que, dans le cadre de la nouvelle requête de prestations de l'assurée (sixième demande déposée le 22 octobre 2010), la documentation suivante a été récoltée par l'administration:

- un rapport médical E 213 du 8 novembre 2010 (pce 177) reprenant tel quel la teneur du rapport médical E 213 précédent du 18 octobre 2005,

- une prise de position du service médical de l'OAIE du 13 mars 2011 (pce 179) retenant que, sur le vu de la documentation médicale versée au dossier, l'assurée ne présente pas d'invalidité,
- une écriture de l'assurée du 29 avril 2011 (pce 181) reprochant à l'administration de ne pas tenir compte dans son projet de décision du 21 mars 2011 du fait qu'elle est au bénéfice d'une rente d'invalidité en Espagne avec effet à partir du 2 novembre 2005,

que, compte tenu des pièces versées au dossier par l'INSS et la recourante au moment déterminant, l'administration était manifestement en droit de conclure que l'assurée n'avait pas connu une modification significative de son taux d'invalidité avec incidence sur le droit aux prestations, dès lors que la nouvelle documentation médicale versée au dossier jusqu'au 13 mai 2011, date du prononcé de l'acte entrepris, ne faisait aucunement part d'une péjoration de l'état de santé,

que, contrairement à ce que voudrait la recourante, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant relevé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doivent être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72); il s'ensuit que le seul fait que des institutions de sécurité sociale étrangères aient mis l'assurée au bénéfice d'une rente AI avec effet au 2 novembre 2005 (pce 170 p. 4; voire aussi arrêt du Tribunal supérieur d'Andalousie du 3 mai 2010 [pce TAF 1 p. 153-156]) ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2); or, dans la présente affaire, le seul document récent fourni par les institutions de sécurité sociale espagnoles au moment déterminant (rapport médical E 213 du 8 novembre 2010 [pce 177]) ne permettait en aucun cas de conclure à une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis le 22 décembre 2008,

que la documentation médicale nouvellement versée par la recourante dans le cadre de la présente procédure de recours ne lui est d'aucun secours, dès lors que, comme cela a été relevé ci-dessus, le critère d'entrée en matière doit être apprécié en fonction des documents connus de l'administration au moment où celle-ci s'est prononcée; par surabondance, on précisera que, de toute façon, ces nouvelles pièces ne lui sont d'aucun secours; en effet, le rapport médical d'octobre 2008 signé par le

Dr Z.\_\_\_\_\_ (pce TAF 1 p. 15 ss) ne saurait être déterminant puisqu'il est antérieur à la décision du 22 décembre 2008 servant de point de départ pour la comparaison des faits; par ailleurs, le rapport du 13 janvier 2011 (pce TAF 12 p. 7) se limite à poser le diagnostic de fibromyalgie (avec indication du traitement médicamenteux), ce qui, dans le cas particulier, est insuffisant pour rendre vraisemblable une péjoration notable de l'état de santé, étant précisé que la retenue de ce diagnostic ne renseigne pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_815/2008 du 29 mai 2009 consid. 3.1; 9C\_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2 in fine),

qu'eu égard à ce qui précède, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté; celui-ci étant manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 69 al. 2 LAI; art. 85<sup>bis</sup> de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]),

qu'il est renoncé à titre exceptionnel de mettre des frais de procédure à la charge de la recourante (art. 6 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixées par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]); en ce sens la demande d'assistance judiciaire partielle déposée par la recourante est devenue sans objet; en outre, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF),

### **le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**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. ; annexe : réplique du 31 janvier 2012 [pce TAF 12])

– à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge unique :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**Indication des voies de droit :**

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :