



Cour III
C-496/2022

Arrêt du 28 octobre 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Caroline Bissegger, juges,
Séverin Tissot-Daguet, greffier.

Parties

A. _____, (Portugal)
représentée par Maître Raphaël Tatti,
LAWSANNE AVOCATS,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, doit à la rente
(décision du 21 décembre 2021).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : la recourante, l'assurée ou l'intéressée) est une ressortissante portugaise, née le (...) 1960 et domiciliée au Portugal. Elle a travaillé en Suisse quelques mois en 1981, puis de façon permanente à partir de 1989, comme caissière dans un grand magasin à (...). A ce titre, elle a cotisé à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse en 1981, puis de 1989 à 2001, avant de retourner vivre dans son pays d'origine le 15 juillet 2011 (OAIE pces 52, 69, 72, 73, 78, 79, 83, 137, 165 et 166).

B.

Le 24 septembre 2001 (OAIE pce 79), la recourante dépose une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton B._____ (ci-après : OAI-B._____). A l'issue de l'instruction, la Dresse C._____, médecin auprès du service médical régional (SMR) retient, dans son avis du 18 mars 2003 (OAIE pce 99), les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de personnalité anxieuse, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. Un syndrome douloureux somatoforme persistant est également mentionné, sans effet sur la capacité de travail. Par décision du 2 juillet 2003 (OAIE pce 106), la recourante est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2001. Cette prestation est confirmée dans le cadre d'une première procédure de révision de rente, par communication du 27 novembre 2006 (OAIE pce 131).

C.

Une nouvelle révision est entamée le 18 mai 2010 (OAIE pce 135). Dans le cadre de l'instruction, la recourante est confrontée aux résultats d'une mesure d'observation mise en place par l'OAI-B._____, démontrant qu'elle exerçait une activité lucrative (rapport d'entretien du 18 novembre 2010 : OAIE pce 145). En l'absence d'éléments médicaux suffisants pour apprécier l'évolution de l'état de santé depuis la dernière révision de rente, les Drs D._____ et E._____, médecins SMR, recommandent de procéder à une expertise psychiatrique (avis SMR du 13 juillet 2011 : OAIE pce 170). Celle-ci est confiée à la Dresse F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 28 novembre 2011 (OAIE pce 181), l'experte diagnostique une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), présente depuis le jeune âge adulte, mal compensée depuis 2000, qui entraîne une incapacité de travail de 20% dans toute activité. Elle relève également deux autres diagnostics, soit un

syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.0), toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. La rente est suspendue par décision du 30 mars 2012 (OAIE pce 217) de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, (ci-après : OAIE ou autorité inférieure), la recourante ayant déménagé au Portugal, puis supprimée par décision de cette même autorité le 2 juillet 2012 (OAIE 226). La suppression de rente est confirmée par arrêt du 9 octobre 2013 rendu par le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ; OAIE pce 236).

D.

D.a Dans ses rapports des 23 novembre 2012 et 10 juillet 2013 (OAIE pces 275 et 276), la Dresse G._____, psychiatre, atteste que la recourante a été hospitalisée en service de psychiatrie du 31 août au 31 octobre 2012, puis une nouvelle fois à partir du 9 mai 2013, en raison d'un trouble dépressif récurrent chronique, épisode actuel grave. L'incapacité de travail est à ses yeux totale.

D.b Une troisième hospitalisation de la recourante en service psychiatrique a lieu du 19 au 20 décembre 2013, après un passage aux urgences psychiatriques. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) est retenu (résumé d'investigation du service de psychiatrie générale du X.____ du 27 décembre 2013 : OAIE pce 277 ; rapport du 5 février 2014 du Dr H._____, médecin assistant au département de psychiatrie du X._____: OAIE pce 278).

D.c Le 2 juin 2014, la recourante dépose une nouvelle demande de prestations auprès de l'autorité compétente au Portugal, l'institut de sécurité sociale (ci-après : ISS). Celui-ci lui accorde une rente d'invalidité (formulaire E204 du 21 avril 2015 : OAIE pce 50 p. 3, 4 et 7).

D.d Le 29 avril 2015, l'ISS transmet le formulaire de demande de pension d'invalidité E204 (OAIE pce 50) à l'OAIE, ainsi que plusieurs documents médicaux : un rapport de tomodensitométrie osseuse (TAC) de la colonne lombo-sacrée du 12 janvier 2012 (OAIE pce 55) ; des attestations médicales des 27 février et 30 mars 2012 et du 19 novembre 2014 (OAIE pces 56, 57 et 60) du Dr I._____, médecin généraliste, qui retient une incapacité de travail de 75% ; une attestation du 11 novembre 2014 (OAIE pce 59) du Dr J._____, dont la spécialité n'est pas connue, qui atteste d'une dépression, de gonalgies et d'un kyste de Baker en s'appuyant sur

les résultats d'une échographie du genou droit du 2 octobre 2014 (OAIE pces 58) ; un rapport du 26 novembre 2014 (OAIE pce 61) de la Dresse G. _____, qui estime que sa patiente est incapable de travailler ; un rapport médical E213 du 23 janvier 2015 (OAIE pce 62) du Dr K. _____, médecin auprès de l'ISS, lequel atteste d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, en raison d'une « perturbation dépressive récurrente », et d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

D.e Le rapport du 28 octobre 2015 (OAIE pce 291) de la Dresse G. _____ relève que la recourante présente un tableau clinique compatible avec un trouble dépressif récurrent chronique, des épisodes de dissociation, ainsi qu'un syndrome de la personnalité histrionique et douloureux chronique, entraînant une incapacité de travail.

D.f Sur la base de ces éléments, le Dr L. _____, psychiatre FMH auprès du SMR, propose dans son avis du 6 décembre 2015 (OAIE pce 294) de soumettre la recourante à une expertise psychiatrique et rhumatologique. Celle-ci est confiée aux Drs M. _____, psychiatre FMH, et N. _____, rhumatologue FMH. Dans leurs rapports des 22 et 28 juin 2016 (OAIE pces 329 et 332), les experts retiennent les diagnostics psychiatriques de troubles de l'adaptation (de novembre à décembre 2010, d'août à octobre 2012, décembre 2013, d'avril à juin 2016 [F43.2]), et d'épisodes dépressifs de degré léger à moyen depuis 2001 (F32.0), avec effet sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, aucun des diagnostics – syndrome douloureux généralisé chronique, syndrome douloureux squelettique idiopathique diffus, gluconéogenèse perturbée, syndrome douloureux gastrique, soupçon d'hypothyroïdie subclinique – n'a d'effet sur la capacité de travail.

L'incapacité de travail est selon les experts d'origine psychiatrique et s'élève à 20% dans toute activité depuis 2001, à l'exception des périodes de décompensation où cette dernière peut être fixée à 40%.

D.g Par décision du 16 janvier 2017 (OAIE pce 349), l'autorité inférieure rejette la demande de prestations déposée par la recourante. Un recours à l'encontre de cette décision est déposé le 17 février 2017 auprès du TAF (OAIE pce 352). En cours de procédure, la recourante produit notamment le rapport médical du 28 septembre 2017 (OAIE pce 361) de la Dresse O. _____, dont la spécialité n'est pas connue, qui atteste que sa patiente, qui lui rapporte une incapacité de travail depuis son retour au Portugal en 2012, souffre d'un syndrome dépressif et d'une pathologie ostéoarticulaire d'évolution chronique.

D.h Dans son arrêt du 13 septembre 2019 (OAIE pce 370), le TAF admet le recours déposé à l'encontre de la décision du 16 janvier 2017, estimant que le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire des Drs N. _____ et M. _____ était dépourvu de valeur probante dans le contexte d'une révision, celui-ci n'examinant pas si la situation de l'assurée s'était modifiée depuis la suppression de la rente au 1^{er} septembre 2012. La cause est renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique, puis nouvelle décision.

D.i Le 10 mars 2020, la recourante se soumet à une tomodensitométrie (TAC) de la colonne lombaire. Le rapport établi à cette occasion (OAIE pce 409) mentionne des discarthroses au niveau L3-L4 et L4-L5, avec compression possible des racines L4 à gauche et L5 droite, ainsi qu'une protrusion discale sans compression en L5-S1. Dans ses rapports des 20 mars 2020 (OAIE pce 410) et 14 avril 2021 (OAIE pce 446), la Dresse P. _____, dont la spécialité n'est pas connue, reprend intégralement les conclusions de la TAC du 10 mars 2020, tout en ajoutant la présence d'une symptomatologie dépressive importante, avec répercussions sur les actes de la vie quotidienne. Dans son rapport du 10 mai 2021 (OAIE pce 450), la Dresse G. _____ rappelle l'historique de la recourante, précisant qu'elle a présenté au fil des années des épisodes dépressifs majeurs et des symptômes dysthymiques, avec des périodes d'exacerbation.

D.j En application de l'arrêt du TAF du 13 septembre 2019, une nouvelle expertise est organisée par l'OAIE et confiée au Q. _____ de (...). Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 août 2021 (OAIE pces 466 à 470), les Drs R. _____, médecin praticien, S. _____, psychiatre FMH, et T. _____, rhumatologue FMH, retiennent les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), trouble dépressif récurrent épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), autres troubles anxieux mixtes (F41.3), lombalgies et lombo-sciatalgies sur discopathies étagées, principalement discopathie L4-L5, cervicalgies et antécédents de cervico-brachialgies gauches, dans le cadre de discopathies modérées étagées et de céphalées fonctionnelles probables. La capacité de travail est selon les experts de 60% (75%, avec une baisse de rendement de 20% en raison des douleurs) dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle s'élève à 80% (100% avec une baisse de rendement de 20% en raison des douleurs), en raison des affections rhumatologiques, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. L'état de santé s'est modifié sur le plan somatique depuis deux à trois ans, avec l'apparition d'une restriction de mobilité du rachis lombaire et du rachis

cervical dans le cadre de modifications dégénératives objectivables. Sur le plan psychiatrique, hormis des incapacités de travail passagères durant les hospitalisations, la capacité de travail sur le long terme peut être considérée comme complète depuis la suppression de la rente en septembre 2012.

D.k L'appréciation médico-juridique du 14 septembre 2021 (OAIE pce 474), signée par la Dresse U._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecine physique et de réhabilitation, le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (selon le site internet de la FMH) et Mme W._____, juriste, confirme les conclusions de l'expertise du Q._____, à l'exception du moment de l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Celui-ci est finalement fixé à la date de l'expertise, et non deux à trois ans auparavant, comme retenu par les experts. Partant, l'incapacité de travail est selon l'OAIE de 40% dans l'activité habituelle et de 20% dans une activité adaptée, et ce dès le 11 juin 2021.

D.i Dans son projet de décision du 14 octobre 2021 (OAIE pce 478), l'autorité inférieure informe la recourante de son refus de lui allouer une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 21% à compter du 11 juin 2021.

D.m Malgré les objections de la recourante du 14 décembre 2021 (OAIE pce 482), l'autorité inférieure confirme le refus de rente dans sa décision du 21 décembre 2021 (OAIE pce 484).

E.

E.a Le 1^{er} février 2022 (TAF pce 1), l'intéressée, représentée par Me Raphaël Tatti, interjette recours à l'encontre de la décision du 21 décembre 2021, concluant à sa réformation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision. Elle sollicite également d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. A l'appui de ses conclusions, la recourante conteste en substance la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Q._____, du 13 août 2021.

E.b Par décision incidente du 3 mars 2022 (TAF pce 4), la recourante est mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et dispensée du paiement des frais de procédure. Me Raphaël Tatti est désigné avocat d'office.

E.c Dans sa réponse du 17 mai 2022 (TAF pce 7), l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, l'expertise du Q. _____ étant à ses yeux probante.

E.d Par courrier adressé au Tribunal le 27 juillet 2022 (TAF pce 11), la recourante renonce à répliquer.

F.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

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 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

1.2 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^{bis} PA). Selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

1.3 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). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

2.

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 21 décembre 2021 (OAIE pce 484), par laquelle l'autorité inférieure a rejeté le droit de la recourante à une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité s'élevait à 21%, soit un taux insuffisant pour prétendre à une telle prestation.

3.

Dans la mesure où la recourante est une ressortissante portugaise, domiciliée au Portugal, et a été assurée à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI), l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est applicable à la présente cause 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). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} 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 (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^{er} 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). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le 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), 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 n° 987/2009).

4.

4.1 Au sens de l'art. 49 PA, la recourante peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

4.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office

et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il 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). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

5.

5.1 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 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 21 décembre 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

5.2 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 (en l'espèce, le 21 décembre 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138

consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils 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_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

6.

Il convient d'ajouter qu'en application de l'art. 88 al. 1 RAI, la procédure en révision est menée par l'Office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle de réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI. Selon l'art. 40 al. 1 let. b RAI, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger est compétent pour enregistrer et examiner les demandes si les assurés sont domiciliés à l'étranger.

En l'espèce, la recourante est domiciliée au Portugal depuis le 15 juillet 2011 (lettre de la recourante à l'OAIE du 30 juin 2011 : OAIE pce 165). A la date du dépôt de sa demande de prestations du 2 juin 2014 auprès de l'ISS portugais (OAIE pce 50 p. 7), démarche qui vaut à l'égard de toutes les institutions concernées en application de l'art. 45 ch. 5 du règlement 987/2009, elle était ainsi domiciliée à l'étranger. C'est par conséquent à juste titre que l'OAIE a procédé à l'instruction de la demande de révision et notifié la décision attaquée.

7.

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

8.

8.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

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

8.3 Si 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 ; 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 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 ; arrêt du 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).

9.

9.1 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 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11 ss).

9.2 Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2).

A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue et le droit à la prestation reste inchangé, conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêts du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 et 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 27 et 29).

9.3 La présence de nouveaux diagnostics, tout comme la suppression de diagnostics, ne constitue pas en soi un motif de révision ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2 et les réf. cit. ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 12 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 12).

9.4 En matière de révision, la constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence – en l'occurrence à tirer des rapports médicaux – d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. Il s'agit donc de distinguer des différences reposant uniquement sur une évaluation différente d'une même situation, qui ne sont pas pertinentes dans le cadre d'une révision, des modifications effectives justifiant une révision. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial des prestations (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente. La question de savoir si un tel changement s'est produit ou si, du point de vue de la révision, il ne s'agit

que d'une appréciation médicale différente et sans grande signification d'un état de santé resté inchangé, doit être examinée avec le plus grand soin, notamment au vu de ses conséquences pour la personne concernée. La simple possibilité d'un tel changement ne suffit pas. Il faut qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et 4.2 ; 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 avec H. ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 12; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 12).

10.

10.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

10.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

10.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions

médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner au dossier. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

10.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGa est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En particulier, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c).

10.5 Les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci ou à celle-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2).

10.6 S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits

structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

11.

En l'espèce, par la décision litigieuse du 21 décembre 2021 (OAIE pce 484), l'autorité inférieure a refusé le droit de la recourante à une rente d'invalidité, considérant qu'elle présentait une capacité de travail de 60% dans son activité habituelle de caissière et de 80% dans une activité adaptée, selon le rapport d'expertise du Q. _____ du 13 août 2021 (OAIE pces 466 à 470). Ainsi, malgré la modification de l'état de santé sur le plan rhumatologique, le degré d'invalidité, fixé à 21%, est insuffisant pour reconnaître le droit à une rente. La demande de prestations est ainsi rejetée.

Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 2 juin 2014, le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la capacité de gain de la recourante ont bel et bien subi un changement, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision de suppression de rente du 2 juillet 2012 (OAIE pce

226), dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 21 décembre 2021, date de la décision litigieuse.

Dans un deuxième temps, le Tribunal jugera si la modification constatée le cas échéant suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations ou si, au contraire, c'est à juste titre que l'OAIE a refusé le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

12.

12.1 Sur le plan médical, la décision attaquée repose sur l'avis médico-juridique du 14 septembre 2021 (OAIE pce 474), lequel fait siennes les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 août 2021, tout en ajustant la date retenue par les experts pour fixer l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Celle-ci est finalement déterminée à la date de l'expertise par l'autorité inférieure, soit le 11 juin 2021.

12.2 Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports médicaux précités, étant rappelé que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine), alors que seuls des indices concrets, tels que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, permettent de remettre en cause les expertises confiées par une assurance à un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Par ailleurs, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale répondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les

faits constitutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; arrêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1 ; MARGRIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 12).

13.

13.1 En l'occurrence, après un examen attentif des pièces au dossier, le Tribunal estime que les conclusions du rapport d'expertise du 13 août 2021 du Q._____, mise en œuvre suite à l'arrêt de renvoi du 13 septembre 2019 (OAIE pce 370), sont convaincantes et qu'il n'existe pas d'éléments objectifs justifiant de s'en écarter. En effet, l'expertise du Q._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et a été établie selon la procédure probatoire structurée exigée par le Tribunal fédéral en présence d'une atteinte psychique et d'un trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 10.6 supra). De plus, elle motive de façon circonstanciée la modification de l'état de santé survenue depuis la dernière décision entrée en force du 2 juillet 2012.

13.2 D'un point de vue formel, le Tribunal constate en premier lieu que les experts, à savoir le Dr R._____, sur le plan de la médecine interne, la Dresse T._____, sur le plan rhumatologique, et le Dr S._____, sur le plan psychiatrique, disposent tous les trois des qualifications professionnelles adéquates pour se prononcer sur l'état de santé de la recourante – mêlant des aspects psychiatriques et somatiques – et ses conséquences en matière d'incapacité de travail. L'ajout d'un volet de médecine interne, tel que suggéré par le SMR (OAIE pce 374) après le jugement de renvoi du 13 septembre 2019, était approprié, compte tenu de la situation médicale de la recourante, notamment du diagnostic de suspicion d'hypothyroïdie subclinique évoqué en 2016 (OAIE pce 329 p. 16). D'autre part, les conclusions des experts se fondent sur l'ensemble des pièces au dossier, lesquelles sont résumées de façon détaillée dans leur rapport (OAIE pces 466 p. 5 ss, 467 p. 5 ss et 469 p. 5 ss), la recourante ayant elle-même apporté plusieurs documents, également mentionnés dans l'expertise (OAIE pces 466 p. 4, 467 p. 4 et 469 p. 4). Les experts ont par ailleurs dûment tenu compte des plaintes de la recourante et décrit de façon particulièrement précise son anamnèse (OAIE pces 466 p. 14 ss,

467 p. 14 ss et 469 p. 14 ss). Ils ont de plus procédé à des examens complets, sous la forme d'un examen clinique sur le plan de la médecine interne (OAIE pce 467 p. 19 ss), de la rhumatologie (OAIE pce 466 p. 19 ss) et de la psychiatrie (OAIE pce 469 p. 21 ss), additionnés d'une prise de sang (OAIE pce 470 p. 15), d'une radiographie de la colonne cervicale le 11 juin 2021 (OAIE pce 470 p. 13) et d'un questionnaire visant à déterminer le degré de somnolence selon l'échelle d'Epworth (OAIE pce 470 p. 14).

14.

14.1 Sur le fond, les points litigieux essentiels, à savoir en particulier les diagnostics et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante, ainsi que l'évolution de l'état de santé de celle-ci depuis la décision de suppression de rente du 2 juillet 2012 – point spécifique qui avait conduit au jugement de renvoi du 13 septembre 2019 –, font l'objet d'une étude circonstanciée et convaincante par les experts du Q._____, que ce soit du point de vue somatique ou psychiatrique.

14.2 Ainsi, sur le plan somatique, la recourante a été examinée par le Dr R._____, médecin praticien, et par la Dresse T._____, rhumatologue.

14.2.1 Dans son rapport spécifique du 13 août 2021 (OAIE pce 467), dont les conclusions ne sont du reste pas contestées par la recourante, le Dr R._____ examine l'ensemble des plaintes de la recourante, sous l'angle de la médecine générale. Il conclut à l'absence de diagnostic incapacitant. La fatigue dont se plaint la recourante présente selon l'expert un caractère subjectif, les explications objectives ayant pu être écartées par le bilan sanguin réalisé dans le cadre de l'expertise. Par ailleurs, l'échelle de somnolence d'Epworth retrouve un score ne témoignant d'aucune dette de sommeil. S'agissant des céphalées, le Dr R._____ considère qu'il s'agit de douleurs de type nociplastique, à savoir de « douleurs dysfonctionnelles liées à une perturbation des voies de la douleur, sans aucune lésion visible, ce qui peut correspondre à une hypothèse de fibromyalgie concomitante, diagnostic qui reste toutefois à confirmer par l'expert rhumatologue ». Pour le surplus, l'examen neurologique pratiqué par le Dr R._____ n'a retrouvé aucune origine organique aux troubles sensitifs décrits par l'assurée, alors que l'hypothyroïdie subclinique, évoquée dans le cadre d'un bilan sanguin effectué en 2016 au Portugal, n'est pas retrouvée par le bilan sanguin actualisé réalisé dans le cadre de l'expertise.

14.2.2 De son côté, l'experte rhumatologue, la Dresse T. _____ constate dans son rapport topique du 13 août 2021 (OAIE pce 466) que son examen clinique met principalement en évidence les points de fibromyalgie ainsi qu'une restriction de mobilité du rachis cervical et du rachis lombaire, sans atteinte radiculaire. Selon l'experte, les douleurs lombaires et cervicales que l'assurée décrit en aggravation depuis deux à trois ans, s'expliquent par une progression des troubles dégénératifs retrouvée à l'imagerie, notamment dans le CT scan lombaire de mars 2020 et la radiographie de la colonne cervicale réalisée pour le compte de l'expertise. L'état de santé s'est donc aggravé depuis 2018 environ. Dans ce contexte, les diagnostics de « lombalgies et lombo-sciatalgies sur discopathies étagées, principalement discopathie L4-L5, de cervicalgies et antécédents de cervico-brachialgies gauches, dans le cadre de discopathies modérées étagées, et de syndrome douloureux chronique ou fibromyalgie préexistant, évoluant depuis une vingtaine d'année » sont retenus. En lien avec les lésions dégénératives, la profession de caissière en supermarché n'est « plus très adaptée » selon la Dresse T. _____, cette activité impliquant des mouvements répétés de rotation du tronc et des ports de charges sur le tapis de la caisse. L'experte estime dès lors qu'il convient d'admettre une restriction de la capacité de travail de 25% dans celle-ci, avec en sus une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs permanentes. Dans une activité adaptée, elle considère que la perte de rendement subsiste, mais une présence à temps complet est exigible. Les limitations fonctionnelles suivantes doivent cependant être respectées : possibilité d'alterner les positions assises et debout ; pas de port de charges de plus de 5 kilos occasionnellement ; pas de mouvements répétitifs en rotation du rachis ou en flexion/extension du tronc ; pas d'exposition au froid.

14.3 Sur le plan psychiatrique, la recourante a été examinée par le Dr S. _____, dont le rapport est également daté du 13 août 2021 (OAIE pce 469). A ce titre, il sera rappelé que l'examen du caractère invalidant des atteintes psychiatriques doit s'effectuer en procédant à une analyse conforme au catalogue d'indicateurs posé par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; cf. également consid 8.6 supra), lequel exige en substance, après qu'un diagnostic ait été posé dans les règles de l'art (cf. consid. 12.4.1 infra), d'examiner les ressources de la personne expertisée (cf. consid. 12.4.2 infra) et la cohérence des limitations présentées par l'assuré (cf. consid. 12.4.3 infra).

14.3.1 S'agissant des diagnostics, l'expert psychiatre retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique

(F33.00), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et des troubles anxieux mixtes (F41.3), en recourant à un système de classification reconnu, à savoir la CIM-10 (OAIE pce 469 p. 23 et 24). Dans son analyse, il prend position de façon convaincante sur les diagnostics posés par les médecins traitants et les précédents experts étant intervenus dans le dossier. Il explique ainsi que l'intensité du trouble dépressif retenu par les médecins traitants (moyen à sévère selon les périodes) n'est pas retrouvée lors de son examen. Il constate l'absence de signe dépressif sévère et une assurée au comportement plaintif et démonstratif. Il précise également qu'il y a dans ce contexte des discordances entre les plaintes de la recourante et ses constatations objectives, chez une assurée ayant notamment arrêté son traitement par antidépresseur. Après comparaison avec le diagnostic de fibromyalgie, notamment évoqué par l'expert rhumatologue, le Dr S._____ retient finalement celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le diagnostic d'autres troubles anxieux mixtes est retenu en lien avec la symptomatologie anxieuse de la recourante.

Enfin, l'expert rejette la présence d'un trouble de la personnalité, évoqué par de précédents experts dans le dossier. Il constate l'absence des critères lui permettant de retenir un tel diagnostic, notamment dans la description par l'expertisée de son propre caractère et lors de la recherche systématique de traits de personnalité pathologiques. L'expert ne retrouve aucun trait de personnalité émotionnellement labile ou de personnalité évitante. Dans son examen (OAIE pce 469 p. 17), il observe certes une peur de l'abandon, mais constate qu'il n'y a pas de notion d'instabilité des relations interpersonnelles, ni de comportement ou geste ou menace auto-agressive, d'instabilité de l'humeur, de sentiment chronique de vide ou de contrôle difficile de la colère.

14.3.2 Du point de vue de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, l'expert relève la présence de nombreuses ressources (OAIE pce 469 p. 27). L'aptitude à la communication est conservée. Elle peut décrire clairement sa problématique et s'exprime dans un français plutôt bon. Elle est capable de respecter le cadre et a bien collaboré avec l'expert. La capacité d'organisation est anamnestiquement limitée, selon le Dr S._____. L'expertisée dit avoir besoin d'aide d'une amie pour faire certaines démarches telles que répondre à des courriers de son avocat ou prendre des billets d'avion. La capacité d'endurance ne paraît en revanche pas limitée. L'expertisée a pu rester concentrée durant les 2h15 qu'a duré l'entretien d'expertise, même si elle montrait des signes de fatigue

vraisemblablement liés au traitement à posologie élevée de Quetiapine. De plus, le Dr S. _____ relève que l'expert en médecine générale, qui l'a examinée tout de suite après l'évaluation psychiatrique, n'a également relevé aucune fatigue. Les capacités relationnelles ne semblent pas limitées et l'expertisée garde de bonnes relations avec sa fratrie, deux amis proches, son cousin et des connaissances qu'elle croise de temps à autre lorsqu'elle sort. Sa capacité d'autonomie n'est par ailleurs pas limitée. L'expertisée gère seule son quotidien, même si elle déclare ne faire que le strict minimum pour son ménage. Elle se déplace seule et a pu par exemple voyager depuis son village jusqu'en Suisse seule en prenant des bus et l'avion. Comme ressources externes, l'expert relève un réseau soutenant.

14.3.3 S'agissant de la cohérence, l'expert relève (OAIE pce 469 p. 26) que d'après les dires de l'expertisée, l'atteinte est uniforme dans tous les domaines de la vie quotidienne. Toutefois, elle a paru particulièrement plaintive, démonstrative et peut-être majorante. Elle se plaint d'une symptomatologie dépressive importante, mais à l'examen psychiatrique, à part une tristesse dans le contexte d'une assurée particulièrement démonstrative, il n'est observé aucun autre signe dépressif. Il n'y a pas de négligence de l'hygiène ou vestimentaire. Elle est soignée, ses cheveux sont teints, ses ongles vernis et elle est joliment habillée avec goût. Elle déclare être repliée socialement, mais finalement a des contacts réguliers avec deux amies, sa fratrie et un cousin. De son côté, l'adhérence médicamenteuse est bonne pour deux molécules, à savoir la Gabapentine et la Quetiapine.

14.4 Sur la base de l'ensemble de ces éléments, repris dans l'évaluation consensuelle (OAIE pce 470 ; cf. également pce 466 p. 25), les experts parviennent à la conclusion que la recourante présente une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique dans toute activité sur le long terme depuis la suppression de la rente en septembre 2012, à l'exception des périodes pendant lesquelles elle a été hospitalisée (entre août et octobre 2012, mai et août 2013 et du 19 au 21 [recte : 20] décembre 2013). En revanche, l'état de santé s'est aggravé selon eux sur le plan somatique depuis deux à trois ans, avec l'apparition d'une restriction du rachis lombaire et du rachis cervical dans le cadre de troubles dégénératifs d'installation progressive. Une progression des lésions radiologiques dégénératives est objectivée, de sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle est désormais de 60% (75%, avec une diminution du rendement de 20% en raison des douleurs permanentes), et de 100%, avec une perte de rendement de 20%, dans une activité adaptée (OAIE pce 470 p. 9 et 10 ; cf. également pce 466 p. 22 à 24).

15.

15.1 A l'appui de son recours, la recourante conteste toute valeur probante aux conclusions du rapport d'expertise du Q._____ du 13 août 2021, faisant notamment valoir que celles-ci seraient contredites par les autres pièces médicales au dossier, qu'il s'agisse des rapports de ses médecins traitants ou des expertises établies précédemment. Elle ajoute que l'un des diagnostics, à savoir le syndrome douloureux chronique, n'aurait pas été pris en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. L'expert rhumatologue aurait par ailleurs minimisé l'impact des lombalgies et des cervicalgies sur sa capacité de travail et n'aurait pas tenu compte de l'impact qu'aurait une éventuelle reprise d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, sur son état de santé. La recourante conteste le degré de l'état dépressif retenu par l'expert psychiatre, qui serait en contradiction avec le nombre important de symptômes de la lignée dépressive relevé dans son rapport, mais également compte tenu de la médication et du suivi psychiatrique décrits tous les deux comme insuffisants. Enfin, les experts n'auraient porté aucune appréciation consensuelle sur la capacité de travail de la recourante.

15.2 Nonobstant les critiques formulées par la recourante, les conclusions du rapport d'expertise du Q._____ doivent être intégralement confirmées (à l'exception du moment retenu pour fixer la date d'aggravation de l'état de santé de la recourante ; cf. consid. 11.6.3), pour les motifs suivants.

15.2.1 En effet, il n'existe aucun élément au dossier susceptible de fonder un doute à l'égard des considérations des experts. Certes, certains médecins traitants ont attesté d'une incapacité de travail supérieure à celle retenue par les experts. La Dresse G._____, psychiatre, retient ainsi une incapacité de travail totale dans ses rapports des 23 novembre 2012 (OAIE pce 275), 26 novembre 2014 (OAIE pce 61) et 28 octobre 2015 (OAIE pce 291), tout comme la Dresse O._____, dont la spécialité est inconnue, dans son rapport du 28 septembre 2017 (OAIE pce 361). De son côté, le Dr I._____, médecin généraliste, mentionne une « incapacité de 75% » dans son rapport du 19 novembre 2014 (OAIE pce 60). Or, ces rapports ne précisent pour la plupart pas si l'incapacité est valable seulement pour l'activité habituelle ou également pour une activité adaptée et ne mettent en avant aucun élément objectif qui aurait été omis par les experts, ce qui leur ôte toute valeur probante. Ils doivent de plus être appréciés avec une certaine réserve, compte tenu du rapport de confiance, issu du mandat thérapeutique, qui unit le médecin traitant à son patient (ATF 125 V 351

consid. 3b/bb et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

Quant aux autres rapports au dossier des médecins traitants, en particulier les rapports des 20 mars 2020 (OAIE pce 410) et 14 avril 2021 (OAIE pce 446) de la Dresse P._____, dont la spécialité n'est pas connue, et le rapport du 10 mai 2021 (OAIE pce 450) de la Dresse G._____, ils ne portent aucune appréciation de la capacité de travail – hormis l'incapacité rapportée par la recourante elle-même. Le Tribunal relève encore que le Dr J._____, dans son rapport du 11 novembre 2014 (OAIE pce 59) évoque la présence de gonalgies sur kyste de Baker. Ce diagnostic n'est pas formellement repris dans le rapport d'expertise du 13 août 2021. Cela étant, les douleurs au genou, qui n'apparaissaient plus au premier plan des plaintes de la recourante au moment de l'expertise (OAIE pce 466 p. 16), ont été dûment prises en considération par l'experte dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique (OAIE pce 466 p. 21).

Enfin, le rapport E213 du 23 janvier 2015 (OAIE pce 62) du Dr K._____, médecin auprès de l'ISS, retient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, tout en estimant qu'une activité de substitution est possible. Cette appréciation correspond globalement à celle retenue par les experts du Q._____. Cependant, à la différence des conclusions du rapport d'expertise du 13 août 2021, l'incapacité est en lien selon le Dr K._____ avec une « perturbation dépressive récurrente ». Or, cette appréciation ne peut être suivie. En effet, d'une part, ce médecin ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie, mais en médecine générale (<https://files.dre.pt/gratuitos/2s/1997/01/2S019A0050S00.pdf>, p.13, état au 23 août 2024). D'autre part, quand bien même un examen clinique a été pratiqué, ses conclusions en matière d'incapacité de travail ne sont nullement motivées, le médecin examinateur s'étant uniquement borné à les formuler sans aucune explication. Une telle manière de procéder doit conduire à nier toute valeur probante à son évaluation, laquelle n'est ainsi aucunement susceptible de faire douter des conclusions des experts du Q._____.

15.2.2 Il convient encore d'ajouter que contrairement à ce que prétend l'assurée à l'appui de son recours, les différences d'appréciation sont en réalité minimes entre l'expertise du Q._____ et les expertises précédentes, à savoir le rapport d'expertise de la Dresse F._____ du 28 novembre 2011 (qui concluait à une incapacité de travail de 20% en raison d'un trouble de la personnalité : OAIE pce 181) et les rapports d'expertise bidisciplinaire des Drs N._____ et M._____ des 22 et 28 juin 2016 (qui

retenaient également 20% d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, et un épisode dépressif léger à moyen, mais dont la valeur probante avait été niée dans l'arrêt du 13 septembre 2019 : OAIE pce 370). En tout état de cause, ces légères divergences, portant toutes sur les aspects psychiatriques du dossier, sont dûment explicitées par le Dr S. _____ dans son rapport topique du 13 août 2021. En effet, comme on l'a vu, l'expert a écarté de façon convaincante le diagnostic de trouble de la personnalité et justifié le degré léger de l'épisode dépressif. Il a conclu à la pleine capacité de travail de l'assurée en recourant, comme il se doit, au catalogue d'indicateurs exigé par le Tribunal fédéral en la matière. A ce stade, il sera rappelé que selon la jurisprudence, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, comme c'est le cas en l'espèce au vu des modifications de l'état de santé sur le plan somatique, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2). Dès lors qu'une modification de l'état de santé somatique était établie, l'expert psychiatre n'était ainsi pas lié par les appréciations précédentes, notamment par les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail ressortant des expertises présentes au dossier – pour autant que son appréciation divergente soit motivée, ce qui est le cas en l'espèce.

15.3

15.3.1 Les autres critiques de la recourante à l'égard des conclusions des experts du Q. _____ doivent également être écartées. Ainsi, le caractère (éventuellement) incapacitant d'un syndrome douloureux chronique doit être examiné à l'aune du catalogue d'indicateurs de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral, fondé notamment sur les ressources de la personne assurée. Or, un tel examen a été pratiqué en l'espèce, par l'expert psychiatre (OAIE pce 469 p. 27 ; cf. supra consid. 12.4), appréciation reprise par la suite dans l'évaluation consensuelle (OAIE pce 470 p. 9). C'est dès lors à tort que la recourante estime qu'il n'en a pas été tenu compte.

15.3.2 Par ailleurs, contrairement à ce prétend l'assurée, l'experte rhumatologue avait bien conscience des contraintes de son activité habituelle, puisqu'elle a expressément mentionné que les mouvements de rotation et les ports de charges sur le tapis de la caisse inhérents à l'activité de caissière avaient un impact sur la capacité de travail de cette dernière.

S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, le Tribunal n'identifie pas de limitations fonctionnelles qui empêcheraient la recourante de reprendre une activité telle que définie par les experts (possibilité d'alterner les positions assises et debout ; pas de port de charges de plus de 5 kilos occasionnellement ; pas de mouvements répétitifs en rotation du rachis ou en flexion/extension du tronc ; pas d'exposition au froid). Enfin, aucun élément médical au dossier ne vient accréditer l'hypothèse avancée par la recourante selon laquelle une reprise d'activité aggraverait son incapacité de travail et son taux de performance. Quoi qu'il en soit, il sera rappelé que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, le 21 décembre 2021. Les faits survenus postérieurement doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

15.3.3 Concernant les critiques de la recourante sur le degré de l'épisode dépressif, fondée sur sa propre interprétation de la situation sans aucune référence à un quelconque rapport médical, elles peuvent être écartées, l'expert ayant dûment pris en compte les éléments mentionnés par la recourante, à savoir la médication et la fréquence du suivi médical, tout en recourant à la CIM-10 pour poser son diagnostic. On précisera encore que lorsque le Dr S._____ mentionne que l'épisode dépressif actuel correspond à une « intensité plutôt moyenne », comme le mentionne la recourante dans son recours, c'est uniquement en référence aux plaintes de l'expertisée. Il ajoute aussitôt que celle-ci lui semble plaintive, démonstrative et majorante, de sorte qu'au final, il retient un degré léger à l'épisode dépressif. Le diagnostic retenu par l'expert résulte donc d'un processus de réflexion convaincant, débutant par les plaintes de la recourante, lesquelles sont ensuite confrontées avec pertinence aux constatations objectives.

15.3.4 Enfin, les conclusions des experts sur la capacité de travail de la recourante résultent bien d'une appréciation consensuelle, nonobstant la réponse de l'expert rhumatologue sur le pronostic global qu'il considère « très réservé ». En effet, d'une part, la question du pronostic se réfère à une appréciation projective de la situation, d'ordre plutôt générale. Elle ne traite ainsi pas de la situation au moment déterminant, ni de la question spécifique de la capacité de travail. Le cas échéant, en cas d'aggravation de l'état de santé, respectivement de péjoration de la capacité de travail postérieure à la décision attaquée, il appartiendra à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations, comme il a déjà été

rappelé. D'autre part, l'expertise comporte un volet d'appréciation consensuelle (OAIE pce 470), établi après une conférence de consensus tenue par le biais de moyens électroniques le 12 août 2021 et signé par chacun des trois experts (OAIE pce 470 p. 10 et 11). Or, le consensus des experts aboutit à la conclusion que seules les affections rhumatologiques impactent la capacité de travail de la recourante. Cette conclusion constitue dès lors une opinion commune aux trois experts et résulte d'une appréciation conjointe de la situation, prenant en compte l'ensemble des atteintes à la santé présentées par la recourante, contrairement à ce que cette dernière affirme.

15.4 Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal confirme intégralement la valeur probante du rapport d'expertise du Q. _____ du 13 août 2021. En effet, celui-ci a été rendu en pleine connaissance du dossier, à l'issue d'exams complets, et ses conclusions sont claires et convaincantes. Pour le surplus, aucun élément ou indice concret ne permettent de douter du bien-fondé et de la fiabilité du raisonnement des experts. Partant, il est dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la dernière décision du 2 juillet 2012 et qu'elle présente une incapacité de travail de 40% dans son activité habituelle et de 20% dans une activité adaptée.

S'agissant de la date à partir de laquelle l'aggravation doit être retenue, il existe une divergence entre l'avis médico-juridique du 14 septembre 2021 (OAIE pce 474), qui retient la date de l'expertise, et les conclusions des experts, qui retiennent l'année 2018. A cet égard, il y a lieu de suivre l'opinion de l'autorité inférieure qui estime à raison que les experts se sont sur ce point uniquement fondés sur les données anamnestiques fournies par l'assurée. En effet, selon la jurisprudence, les évaluations rétrospectives de la capacité - ou de l'incapacité - de travail sont difficiles et les expertises correspondantes devraient ainsi satisfaire à des exigences plus élevées. Les experts doivent - en tant que de besoin - tenir compte de toutes les sources d'information disponibles, telles que les rapports médicaux des médecins traitants, les anamnèses sociales détaillées des expertisés et des tiers et les dossiers complets des assureurs sociaux et des autorités impliqués (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 200/03 du 26 juillet 2004 consid. 4.5 ; arrêt du TAF C-1005/2021 consid. 4.7). En l'espèce, aucun élément au dossier – hormis les déclarations de l'assurée – ne permet de confirmer au degré de la vraisemblance prépondérante que l'aggravation serait survenue plusieurs années auparavant. Certes, les experts évoquent une aggravation sur le plan radiologique, s'appuyant sur les résultats de la tomodensitométrie de

la colonne lombaire du 10 mars 2020 (OAIE pce 409) et la radiographie de la colonne cervicale du 11 juin 2021 (OAIE pce 470 p. 13). Or, le seul constat d'une progression de l'atteinte sur le plan radiologique est selon la jurisprudence en principe insuffisant pour retenir une aggravation déterminante de l'état de santé de l'assuré, en l'absence d'un examen clinique (arrêts du TF 9C_284/2022 du 11 avril 2023 consid. 4.3 ; 9C_68/2014 du 2 juin 2014 consid. 3.3 ; 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 5). Dans ce contexte, c'est à juste titre que la date de l'expertise a été retenue par le SMR, ce moment correspondant à la constatation médicale de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée.

16.

En ce qui concerne le calcul de la perte de gain et la détermination du degré d'invalidité de 21%, ceux-ci ne sont pas contestés par la recourante. Pour le surplus, le Tribunal n'identifie pas d'éléments du calcul qui l'inciterait à procéder à un examen d'office de celui-ci, lequel semble correct (cf. supra, consid. 4.1 et 4.2).

17.

17.1 Cette conclusion devrait en principe conduire à confirmer la décision attaquée. Cela étant, avant de statuer définitivement sur le droit à la rente de la recourante, l'autorité inférieure aurait dû examiner si la recourante pouvait encore mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail. En effet, l'OAIE a omis de prendre en compte que la recourante est à un âge proche de la retraite au moment de réintégrer le marché du travail, ce qui pose la question de l'application de la jurisprudence sur l'âge avancé.

17.2 Selon la jurisprudence, bien qu'il incombe de règle générale à la personne assurée de s'intégrer de son propre chef dans le marché du travail (notamment : ATF 138 I 205 consid. 3), des exceptions sont admises. Ainsi, le Tribunal fédéral reconnaît qu'en raison de l'âge avancé et des circonstances concrètes de la personne concernée, la capacité de travail résiduelle de celle-ci ne peut plus être demandée sur le marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1; 138 V 457 consid. 3.1). Lorsque la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle (cf. art. 7 et 16 LPGA ; notamment : arrêt du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2) ; l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (cf. arrêts du TF 9C_329/2015 du

20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 9C_651/2008 du 7 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Concrètement, lorsqu'une personne assurée approche l'âge de la retraite, il convient de déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi et du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire à verser (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1; 138 V 457 consid. 3.1; arrêts du TF 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 3.3 ; 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). En particulier, la mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail d'une personne dépend de la durée prévisible des rapports de travail, surtout lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2; arrêt du TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et références). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 146 V 16 consid. 7.1; 145 V 2 consid. 5.3.1; 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du TF 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 3.3).

Le moment déterminant pour juger de l'utilisation de la capacité résiduelle de travail correspond au moment auquel il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). Lorsqu'il est établi que la personne assurée ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale, aussi pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.4 ; arrêts du TF 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 ; 9C_437/2008 cité consid. 4.3. et 4.4).

Lorsqu'avec une nouvelle demande l'assuré rend vraisemblable une modification des circonstances déterminantes pour fonder le droit à une rente, sa situation doit faire l'objet d'un nouvel examen complet du point de vue des faits et du droit (ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200 ; cf. aussi, pour le cas de la révision, ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10 ss.). L'âge de l'assuré au moment de la nouvelle demande, respectivement au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative (à temps partiel) est établie de manière fiable, constitue une circonstance parmi d'autres qui doit être appréciée lors du réexamen de la situation (arrêt du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2).

17.3 Sous cet angle, c'est bien l'âge de la recourante au moment du rapport d'expertise du Q. _____ du 13 août 2021, établi dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, qui est déterminant. A ce moment-là, la recourante, née le (...) 1960, était âgée de 61 ans et 6 mois. Il ne subsistait alors à l'intéressée que peu de temps pour reprendre et poursuivre une activité lucrative, l'âge de la retraite étant en Suisse de 64 ans pour les femmes nées en 1960 ou auparavant (art. 21 al. 1 let. b LAI, en relation avec la let. a des dispositions transitoires de la modification du 17 décembre 2021 [AVS 21], FF 2019 5979). En outre, il sied de tenir compte que l'assurée, à cause de l'aggravation de son état de santé, n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle qu'à un taux de 60% et que les experts estimaient qu'une activité adaptée ne pouvait être envisagée que moyennant le respect de plusieurs limitations fonctionnelles : possibilité d'alterner les positions assises et debout ; pas de port de charges de plus de 5 kilos occasionnellement ; pas de mouvements répétitifs en rotation du rachis ou en flexion/extension du tronc ; pas d'exposition au froid. En plus de ces limitations physiques, l'expert psychiatre a estimé, sans que cela n'impacte directement la capacité de travail, que la recourante présentait des difficultés dans la gestion des émotions avec irritabilité, pleurs, crises d'angoisse, une hypersensibilité au stress et souffrait périodiquement de périodes de décompensation en lien avec les hospitalisations dues à une exacerbation de la symptomatologie dépressive, dont la dernière remonte toutefois à 2013 (OAIE pce 469 p. 27). A n'en pas douter, même si elles ne constituent pas en soi des atteintes à la santé, ces problématiques psychiques viendront compliquer toute relation avec un potentiel futur employeur.

Il convient également de rappeler que la dernière véritable expérience professionnelle de la recourante, qui ne dispose d'aucune formation, remonte à plus de vingt ans – exception faite de la période de trois mois en 2010 pendant laquelle elle avait repris temporairement une activité lucrative, ce qui avait conduit in fine à la suppression de sa rente en 2012 (cf. : arrêt du Tribunal administratif fédéral du 9 octobre 2013 : OAIE pce 236 p. 19). Le parcours professionnel de la recourante s'est de plus limité au domaine exclusif de la vente, principalement comme caissière de supermarché. Sur la base de ces éléments, il faut constater que la recourante est éloignée du monde du travail depuis une très longue période. Il convient donc de s'attendre, en cas de reprise d'une activité professionnelle, à ce qu'elle présente un important déconditionnement, même dans son activité habituelle. Une éventuelle reprise de celle-ci nécessiterait de plus une inévitable mise à jour de ses connaissances, compte tenu de l'évolution de sa profession depuis une vingtaine d'années.

Par ailleurs, si la recourante venait à chercher à changer d'activité et à reprendre une activité adaptée à un taux de 80%, comme l'exige d'elle l'autorité inférieure dans la décision attaquée, un éventuel futur employeur devrait alors prendre le temps et consacrer l'investissement nécessaire à la former dans de nouvelles tâches. Or, il ne pourrait employer la recourante que sur une courte période, compte tenu du fait que la fin de la période d'activité est proche (2 ans et 6 mois avant la retraite).

Par conséquent, le Tribunal est d'avis que compte tenu de l'âge de l'assurée, de sa proximité avec la retraite au moment déterminant, de ses limitations fonctionnelles et des autres circonstances du cas d'espèce, notamment de son absence de formation (OAIE pce 69 p. 4) et de son éloignement du monde du travail depuis une vingtaine d'années, il est fortement improbable qu'un employeur consente à l'engager, de sorte qu'il apparaît irréaliste que celle-ci soit en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle.

18.

Lorsqu'il est établi que la personne assurée ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale, aussi pour la période antérieure au moment déterminant (consid. 17.2 supra), ce qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI) à partir du 1^{er} juin 2022, compte tenu du délai d'attente d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

19.

Au regard de tout ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée du 21 décembre 2021 annulée. La recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2022. Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il fixe le montant de la rente à verser. Il déterminera, de plus, s'il y a lieu d'allouer des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGa. L'Office AI rendra ensuite la (les) décision(s) y relative(s)

20.

20.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure puisque la recourante, qui avait été dispensée de verser l'avance de frais par la décision incidente du 3 mars 2022 (TAF pce 4), a obtenu gain de cause (cf. art. 63 al. 1 et 2 PA).

20.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 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 Tribunal peut

allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige.

En l'occurrence, la recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts et obtenu gain de cause, à droit à des dépens – ceux-ci primant sur l'assistance judiciaire totale accordée par décision incidente du 3 mars 2022 (cf. arrêt du TF 9C_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 5 ; arrêts du TAF E-3707/2024 du 8 août 2024 et F-4638/2021 du 13 avril 2023 consid. 8.2).

Les parties qui ont droit aux dépens doivent faire parvenir au Tribunal, avant le prononcé, un décompte détaillé de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 FITAF). Ceux-ci comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de déplacement et de repas, frais de port et de téléphone, etc.) et le remboursement de la TVA le cas échéant, ainsi que les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 let. a et b FITAF).

Les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité est allouée sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant de CHF 200.- au moins et de CHF 400.- au plus (art. 10 FITAF). La jurisprudence précise que ces honoraires sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que la mandataire le mandataire a dû y consacrer (arrêt du TF I 30/03 du 22 mai 2003).

En l'espèce, l'avocat de la recourante, Me Raphaël Tatti, a déposé le 16 novembre 2023 (TAF pce 15), dans le cadre de son activité comme avocat d'office, une liste des opérations portant sur la période du 1^{er} février 2022 au 16 novembre 2023. Sur la base d'un « tarif horaire ramené à Fr. 180.00 », il chiffre le montant de ses honoraires à CHF 1'485.-, des débours à CHF 74.25, et celui de la TVA à CHF 120.05.

La liste des opérations est détaillée, contenant pour chaque opération la date, le libellé de l'activité ou le type de dépens et le temps passé. Les 8h15 invoquées, consacrées à la défense des intérêts de la recourante, paraissent justifiées compte tenu des opérations effectuées et de la complexité de l'affaire. S'agissant du tarif horaire de CHF 180.- figurant dans le courrier de Me Tatti du 16 novembre 2023 relatif à l'assistance

judiciaire, celui-ci doit être relevé compte tenu de la fourchette de CHF 200.- à CHF 400.- ressortant de l'art. 10 al. 2 FITAF. Il peut être fixé à CHF 250.-, en accord avec la pratique du Tribunal (arrêts du TAF C-1702/2021 du 12 juillet 2024 consid. 11.2.2 et C-3302/2020 du 8 février 2023 consid. 12.4.2).

Quant aux autres montants réclamés, celui de CHF 74.25 à titre de débours peut être admis. En revanche, le remboursement de la TVA ne se justifie pas. En effet, lorsqu'il s'agit d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur les prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF et art. 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 LTVA ; ATF 141 IV 344 consid. 4 *a contrario*).

Il en résulte que le recourant peut prétendre à une indemnité de dépens de CHF 2'136.75, soit CHF 2'062.50 à titre d'honoraires (8h15 à CHF 250.-) et CHF 74.25 de débours, à charge de l'autorité inférieure.

(le dispositif figure à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 21 décembre 2021 est annulée.

2.

La recourante a droit à une rente entière dès le 1^{er} juin 2022.

3.

Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il fixe le montant de la rente à verser. Il déterminera, de plus, s'il y a lieu d'allouer des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA et rendra ensuite la (les) décision(s) y relative(s).

4.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

5.

Il est alloué une indemnité de dépens à la recourante d'un montant de 2'136.75 francs à charge de l'autorité inférieure.

6.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Séverin Tissot-Daguette

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). 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 :