



Cour III
C-5329/2017

Arrêt du 19 octobre 2020

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Julien Delaye, greffier.

Parties

A. _____, (Espagne),
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ; rejet de la nouvelle demande de
prestations ; décision du 10 août 2017.

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante) est une ressortissante espagnole, née le (...) 1960. Elle a travaillé en Suisse, notamment en tant qu'employée de maison et femme de ménage, principalement pour des particuliers, des avocats ou des médecins (OAIE docs 1, 25). Depuis 1998, elle n'exerce aucune activité professionnelle (OAIE docs 25, 48, 173). Le 31 juillet 2003, elle a quitté définitivement la Suisse pour l'Espagne (OAIE docs 4, 15).

B.

B.a Le 5 mars 1999, l'intéressée a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse. Par décision du 12 février 2001, elle a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 1999 au 30 novembre 2000, puis d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2000 (OAIE doc 3). Cette décision se basait essentiellement sur une expertise pluridisciplinaire du 7 décembre 2000 réalisée par le Zentrum für medizinische Begutachtung (ZMB) (...), lequel diagnostiquait, au niveau psychiatrique, un trouble dépressif récurrent avec syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité influençable avec tendance à des réactions de conversion et, sur le plan somatique, un status après hystérectomie, un status après cholécystectomie, un status après adhésiolyse et hernioplastie linguinale des deux côtés, un côlon irritable et un status après opération du pied gauche (OAIE doc 20).

B.b Le 24 juin 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure) a entrepris une révision d'office du droit aux prestations (OAIE docs 29 à 31). Dans ce cadre, plusieurs certificats médicaux ont été produits au dossier (OAIE docs 37 à 40, 61, 63 et 66), ainsi qu'un rapport médical détaillé E 213 établi par la Dresse B._____ le 26 août 2009 (OAIE doc 41) et un rapport d'expertise psychiatrique du 15 juillet 2010 du Dr C._____ (OAIE doc 55). Ce dernier a conclu à l'absence de restriction d'ordre psychiatrique dans une activité ne demandant pas d'efforts physiques importants et qui pourrait être exercée dans un environnement dont le stress ne serait pas supérieur à la moyenne.

Par décision du 6 janvier 2011, l'OAIE a supprimé le droit de l'intéressée à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2011 (OAIE doc 69). Il s'est fondé sur une première prise de position du service médical de l'OAIE

du 15 août 2010 (OAIE doc 58), qui constatait que l'état de santé psychique de l'intéressée s'était amélioré et qui ne notait, sur le plan somatique, aucune maladie chronique qui pourrait restreindre sa capacité de travail, ainsi que sur une seconde prise de position du 1^{er} décembre 2010 (OAIE doc 67), qui estimait qu'il était raisonnable d'exiger que l'intéressée surmonte son syndrome douloureux somatoforme. Aucun recours n'a été déposé contre cette décision, qui est entrée en force.

C.

Le 26 juillet 2011, l'intéressée a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAIE (OAIE doc 90) et produit divers rapports médicaux (OAIE docs 78, 79, 97). Par décision du 21 décembre 2011 (OAIE doc 101), l'OAIE a refusé d'entrer en matière sur cette demande. Se référant notamment aux prises de position de son service médical du 1^{er} novembre 2011 (OAIE doc 94) et du 14 décembre 2011 (OAIE doc 100), il constate l'absence d'élément nouveaux depuis l'entrée en force de sa dernière décision.

Par arrêt du 25 juillet 2012 en la cause C-570/2012 (OAIE doc 115), entré en force, le Tribunal administratif fédéral a rejeté le recours de l'intimé, considérant que les documents médicaux produits par l'intéressée ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé dans une mesure déterminante pour le droit à la rente.

D.

En date du 19 avril 2013, l'intéressée a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité (OAIE docs 120, 121).

D.a Elle a joint à sa nouvelle demande plusieurs rapports médicaux, indiquant notamment une évolution chronique des troubles, ainsi qu'une symptomatologie anxiodépressive fluctuante, évoluant depuis longtemps et résistant aux divers traitements psychopharmacologiques tentés (OAIE docs 119,128).

Se fondant les prises de position de son service médical (OAIE docs 125, 131), l'autorité inférieure a refusé d'entrer en matière sur cette troisième demande, par décision du 17 septembre 2013, estimant que les constatations et conclusions des rapports médicaux produits n'étaient pas susceptibles de modifier les positions médicales précédentes, de sorte que l'intéressée n'avait pas établi de manière plausible que son invalidité s'était modifiée de façon à influencer son droit aux prestations (OAIE doc 132).

D.b Le 18 octobre 2013, l'intéressée a formé recours contre cette décision. Par arrêt du 30 avril 2015 en la cause C-6002/2013 (OAIE doc 144), le Tribunal administratif fédéral a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAIE pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 19 avril 2013 par l'intéressée. Il a considéré que les rapports médicaux mettaient en lumière des éléments qui, sans être inédits dans l'histoire médicale de l'intéressée, signalaient une modification possible de son état de santé par rapport à la situation prévalant au moment de la dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente.

D.c A la suite du renvoi du dossier à l'OAIE, plusieurs rapports médicaux ont été produits par l'intéressée (OAIE docs 151, 152, 158, 159, 161, 162, 166, 170, 171). Celle-ci s'est également soumise à une expertise médicale pluridisciplinaire en date du 28 février 2017 (OAIE doc 200). Les experts ont retenu qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle, sur le plan interne, rhumatologique ou psychiatrique, qui pourrait affecter la capacité de travail de l'intéressée. Ils en ont conclu que les principaux obstacles pour un retour de l'intéressée dans le monde du travail étaient d'ordre extra-médical.

Dans ses prises de position (OAIE docs 204, 206), le service médical de l'OAIE a estimé que les observations cliniques ne montraient pas de limitation fonctionnelle significative qui aurait une incidence sur la capacité de travail de l'intéressée, qu'il n'y avait pas d'aggravation significative sur ce plan, que les experts ne diagnostiquaient plus de troubles dépressifs, que la dysthymie pouvait être surmontée de plein gré et que l'intéressée n'était pas limitée tant dans sa vie privée que professionnelle.

D.d Par décision du 10 août 2017, l'autorité inférieure a estimé que l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante, malgré l'atteinte à la santé de l'intéressée, que son état de santé ne s'était pas modifié depuis la décision de suppression de la rente du 6 janvier 2011, que les observations cliniques ne révélaient aucune lésion ostéo-articulaire spécifique ni de limitation fonctionnelle significative, que les diagnostics de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux n'étaient pas incapacitants et qu'elle n'était, dès lors, pas en mesure de lui octroyer une rente d'invalidité (OAIE doc 212).

E.

Par acte du 14 septembre 2017 (TAF pce 1), l'intéressée a formé recours contre la décision du 10 août 2017, affirmant être incapable de travailler en Espagne comme en Suisse, notamment en raison de son diagnostic de

fibromyalgie. La recourante rappelle qu'il s'agit d'une maladie chronique répandue, d'origine inconnue, et causant une déficience fonctionnelle importante. Les patients touchés par cette maladie présenteraient des douleurs musculo-squelettiques généralisées et de multiples points sensibles localisés, sans que ces douleurs s'expliquent par la présence de troubles dégénératifs ou inflammatoires. Outre ces symptômes de douleur, elle rappelle que la fibromyalgie cause également des troubles du sommeil, de la fatigue, des raideurs articulaires, des paresthésies matinales, une sensation subjective de gonflement, des troubles psychiques (anxiété et dépression), un syndrome du côlon irritable, une dysménorrhée et d'autres symptômes. La fibromyalgie, dans le cadre des maladies rhumatismales, apparaîtrait ainsi comme une situation clinique complexe, car le patient ne présenterait aucun signe de pathologie organique.

La recourante estime ainsi qu'il est surprenant que, dans leur rapport du 28 février 2017 (OAIE doc 200), les experts affirment que les douleurs musculaires manifestées ne seraient pas justifiées et qu'il y aurait une incohérence entre les limitations fonctionnelles exprimées et celles résultant des examens médicaux effectués. Elle rappelle, au contraire, que la majorité de ses souffrances, consignées au sein des multiples rapports médicaux établis par ses médecins de famille au cours des dernières années, découlent de la fibromyalgie. Lesdits médecins sont ceux qui ont suivi sa situation et, par conséquent, ceux qui connaîtraient le mieux ses problèmes de santé. De plus, dès lors qu'il s'agit d'une maladie chronique, il serait évident que sa situation se serait aggravée depuis la dernière décision.

La recourante estime que quiconque souffrirait de fibromyalgie ne serait pas apte à travailler de manière stable et continue. En effet, la notion de travail impliquerait non seulement l'obligation d'exécuter ses tâches, mais aussi l'obligation de les exécuter avec un minimum de professionnalisme, de performance et d'efficacité, tout au long de la journée de travail, selon l'horaire, les exigences et les ordres dictés par l'employeur. Il ne serait pas possible d'imaginer, pour l'intéressée, que certains travaux ne nécessitent pas un minimum de dévouement, de diligence et d'attention. En l'absence de ces capacités, il ne serait pas possible de poursuivre une relation normale de travail.

En l'occurrence, compte tenu de sa situation médicale, elle devrait bénéficier d'une rente invalidité pleine, subsidiairement de moitié. Elle joint à son recours deux rapport médicaux du 6 février 2013 établis par le

Dr D. _____ et du 14 février 2013 établi par la Dr E. _____, déjà versés au dossier (OAIE docs 127, 128).

F.

Invitée à se prononcer sur le recours, l'autorité inférieure, dans sa réponse du 16 novembre 2017 (TAF pce 3), en a proposé le rejet. Elle relève avoir procédé à toutes les mesures d'instruction médicale, raisonnablement exigibles et qu'aucune des pièces produites jusqu'à la date de la décision attaquée ne fait état d'une dégradation significative de l'état de santé de la recourante ou de sa capacité de travail. Elle n'avait dès lors pas de motifs pour s'écarter des conclusions présentées par son service médical.

G.

Par décision incidente du 28 novembre 2017 (TAF pce 4), le Tribunal administratif fédéral a invité la recourante à répliquer et à verser un montant de 800 francs à titre d'avance sur les frais de procédure présumés. Dans le délai imparti, celle-ci a versé sur le compte du Tribunal un montant de 913.12 francs (TAF pce 5).

H.

Dans sa réplique du 21 décembre 2017 (TAF pce 7), la recourante confirme les conclusions de son recours. Elle dépose notamment au dossier une décision du 22 septembre 2017 du service de politique sociale F. _____, lui reconnaissant un degré d'invalidité de 65 % à compter du 24 avril 2017, en raison d'une discopathie lombo-sacrée dégénérative, d'une fibromyalgie et d'un trouble de la personnalité histrionique et dysthymique.

I.

Par duplique du 24 janvier 2018 (TAF pce 9), communiquée à la recourante pour information (TAF pce 10), l'autorité inférieure a réitéré ses conclusions, aucun élément nouveau ne lui permettant de reconsidérer sa position.

Les arguments avancés de part et d'autre au cours de la présente procédure seront repris plus loin dans la mesure où cela s'avère nécessaire.

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

1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (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 loi fédérale sur la procédure administrative (art. 7 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux régissant l'application du droit public dans le temps, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Quiconque est touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA, 50 al. 1 et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Le Tribunal administratif fédéral définit ainsi les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE 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). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le

devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.

3.1 Le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3 et 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

3.2 Le tribunal 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 10 août 2017). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 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 (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

3.3 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (cf. ATF 143 V 81, notamment consid. 8.1). Est dès lors 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'accord sur la libre circulation des personnes 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 (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 (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'accord sur la libre circulation des personnes et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), 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). Ainsi, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité, une décision étrangère fixant un certain taux d'invalidité ou une attestation médicale d'incapacité établie par une autorité de sécurité sociale étrangère ne préjugent pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse.

4.

4.1 La recourante, à qui la décision attaquée refuse la demande de prestations, fait valoir que les atteintes à la santé dont elle souffre l'empêchent d'exercer toute activité professionnelle et demande l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'une demi-rente. Il s'agit donc d'examiner, en l'espèce, si l'autorité inférieure a retenu à juste titre que la capacité de travail de la recourante pouvait être considérée comme entière dans toute activité et que, par conséquent, la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

4.2 La décision dont est recours fait suite à une première demande de prestations AI, déposée le 5 mars 1999, à laquelle il avait été fait droit. Par décision du 6 janvier 2011, entrée en force, l'autorité inférieure a toutefois supprimé le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dans le cadre d'une révision d'office. La décision attaquée fait également suite à une deuxième demande de prestations AI présentée en date du 26 juillet 2011, pour laquelle les autorités ne sont pas entrées en matière.

4.3 En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 832.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve et le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration,

qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations – ou en l'espèce, de suppression 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 125 V 410 consid. 2b et 117 V 198 consid. 4b).

4.4 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

4.5 Si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec l'al. 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si entre la décision de refus de prestations ou de suppression des prestations entrée en force et la décision attaquée, 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 consid. 5 et 130 V 71 consid. 3).

4.6 En l'espèce, l'OAIE a, dans un premier temps, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Par arrêt du 30 avril 2015 en la cause C-6002/2013 (OAIE doc 144), le Tribunal administratif fédéral a renvoyé le dossier à l'OAIE pour qu'il entre en matière sur cette demande, au motif que les rapports médicaux produits par la recourante mettaient en lumière des éléments qui, sans être inédits dans l'histoire médicale de l'intéressée, signalaient une modification possible de son état de santé par rapport à la situation prévalant au moment de la dernière décision entrée en force, à savoir celle du 6 janvier 2011, examinant matériellement le droit à la rente.

Par conséquent, le Tribunal de céans doit maintenant déterminer, en se référant à la décision du 6 janvier 2011, si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite depuis cette dernière décision examinant matériellement le droit à la rente. Si tel n'est pas le cas, il rejettera le recours. Dans le cas contraire, il devra déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à la rente, autrement dit, si la recourante remplit nouvellement les

conditions d'octroi d'une rente depuis le 19 octobre 2013 (art. 29 al. 1 LAI ; cf. la nouvelle demande datée du 19 avril 2013 [OAIE docs 120, 121] ; ATF 133 V 108 consid. 4.2).

4.7 En l'occurrence, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit de l'intéressé à une rente, est celle du 6 janvier 2011, rendue par l'OAIE au terme de la procédure de révision d'office et supprimant le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité (OAIE doc 69). C'est donc l'état de fait existant au moment de cette décision qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision attaquée du 10 août 2017 et qui doit servir de base pour déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié d'une manière à influencer ses droits.

5.

5.1 L'invalidité au sens de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales et de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (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 la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phrase LPGA).

5.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que la personne assurée ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40 % au moins (let. c).

5.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente si elle est invalide à 60 % au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70 % au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux personnes assurées qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

5.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI enfin, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de la personne assurée. L'art. 29 al. 3 LAI précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.

6.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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 ou il s'appuiera, sous peine de violer la maxime inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). 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 assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses

limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 140 V 193 consid. 3.2, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

6.2 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

6.2.1 Ainsi, avant de conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera 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 et 125 V 351 consid. 3a).

6.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, 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 ; ainsi, on en retiendra 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 ; arrêts du TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2). Concernant les rapports 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 : ainsi 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 125 V 351 consid. 3b/ee).

6.2.3 Quant aux prises de position du service médical de l'OAIE, elles doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assurance (arrêt du TAF C-6867/2016 du 25 juin 2020 consid. 6.2.2.2). Ces prises de position 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 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne assurée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. 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 et 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3).

7.

Dans son recours, l'intéressée invoque être incapable d'exercer tout type d'activité en raison notamment de son diagnostic de fibromyalgie ainsi que des limitations fonctionnelles qui en découlent, ce qui revient à faire valoir une aggravation de son état de santé.

7.1 Dans le cadre de la première demande de prestations AI, la décision de l'OAIE du 6 janvier 2011, qui a supprimé le droit aux prestations de la recourante, était principalement fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du 15 juillet 2010 du Dr C._____ (OAIE doc 55), lequel a retenu les diagnostics de tendance à la sommatation, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie et de trouble de la personnalité histrionique. Le médecin a noté en particulier, au niveau psychiatrique, qu'il n'y avait pas, chez l'intéressée, de signes de dépression majeure ni d'épuisement nerveux, ni de troubles de la mémoire ou de la concentration. Il a confirmé en outre l'absence d'une comorbidité sévère et remarqué une nette amélioration par rapport au tableau observé dix ans auparavant, lors de l'octroi initial des prestations. Sur le plan physique, il a observé qu'aucun diagnostic d'une maladie somatique potentiellement invalidante n'avait été posé chez l'intéressée, le seul diagnostic rhumatologique étant celui de fibromyalgie qui, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave, ne pouvait guère justifier une invalidité. Le Dr C._____ a ainsi estimé que du point de vue psychiatrique, il n'y avait plus aucun argument pour admettre une réduction de la capacité de travail de l'intéressée, laquelle avait largement récupéré

ses capacités fonctionnelles. L'activité de nettoyeuse, exercée auparavant par l'intéressée, n'était plus formellement contre-indiquée. Le Dr C._____ a toutefois précisé que d'autres activités seraient plus appropriées pour une femme de son âge dont la santé, sans être sérieusement altérée, ne pouvait être qualifiée de bonne. Il a conclu qu'il n'y avait donc pas de restriction d'ordre psychiatrique dans une activité, possible à 100 %, ne demandant pas d'efforts physiques importants et qui pouvait être exercée dans un environnement dont le niveau de stress ne serait pas supérieur à la moyenne.

Dans le cadre de la procédure de révision ayant conduit à la décision du 6 janvier 2011, les médecins espagnols ont également fait état, entre autres, de dysthymie (OAIE docs 38 p. 2, 40, 41, 61 p. 1, 63 p. 1), d'un trouble histrionique de la personnalité (OAIE docs 38 p. 2, 40, 41, 61 p. 1, 61 p. 2, 63 p. 1), d'une hernie hiatale ainsi que d'un ulcère gastrique antral Forrest III (OAIE docs 37, 39, 41), d'une fibromyalgie avec tendance à la somatisation (OAIE docs 38 p. 1, 40, 41, 61 p. 1, 61 p. 2), d'un syndrome anxieux dépressif (OAIE docs 38 p. 1, 40, 61 p. 1, 61 p. 2, 63 p. 1), avec un comportement parfois manipulateur (parasuicidaire) (OAIE docs 40, 61 p. 2, 63 p. 1) et des troubles de panique (OAIE doc 63 p. 1), d'une hernie inguinale ainsi que d'une hystérectomie et d'une incontinence urinaire (OAIE docs 61 p. 1, 66), d'un syndrome du côlon irritable, de signes de dégénérescence dans la colonne et au niveau des vertèbres D6 et D7, et enfin, d'une tension artérielle élevée (OAIE doc 61 p. 1).

Sur cette base, le Dr J._____, du service médical de l'OAIE, a estimé, dans sa prise de position du 1er décembre 2010 (OAIE doc 67), que la position des médecins espagnols n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr C._____, que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré et qu'il était raisonnable d'exiger qu'elle surmonte le syndrome douloureux somatoforme dont elle souffre.

7.2 Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI, qui a abouti à la décision dont est recours, l'intéressée a produit de nombreux rapports de plusieurs médecins espagnols, tous établis postérieurement à la décision de suppression du droit aux prestations AI du 6 décembre 2011, lesquels retiennent les diagnostics de dysthymie (OAIE docs 119, 127, 162, 166), de trouble histrionique de la personnalité (OAIE docs 119, 127, 162, 166), associé à une symptomatologie anxiodépressive fluctuante (OAIE docs 128, 151, 158, 159, 162, 166, 171), de fibromyalgie, associée à une arthromyalgie généralisée (OAIE docs 119, 127, 151, 158, 159, 162, 166, 171), de hernie hiatale par glissement et d'ulcère gastrique antral Forrest

III (OAIE docs 119, 127, 159, 171), associés à une gastrite chronique, de diarrhées récurrentes et d'une incontinence urinaire (OAIE docs 159, 171), ainsi que de cervicalgie, associée à un lumbago, de protrusions discales entre certaines vertèbres et d'une trochantérite gauche (OAIE docs 161, 170).

L'intéressée a également fait l'objet d'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie) le 28 février 2017 par les Drs G._____, H._____ et I._____ (OAIE doc 200). Les médecins retiennent que, du point de vue de la médecine interne, il n'existe aucun déficit sensitivomoteur ou de localisation qui pourrait laisser penser à une atteinte médullaire ou centrale, aucune anesthésie en selle, aucun indice de pathologie neurologique et aucun signe d'infection ou de malformation urinaire, ni d'une autre anomalie colique ou rectale. Du point de vue rhumatologique, l'examen clinique ne trouve pas d'inflammation articulaire, de raideur ou d'amyotrophie et l'examen radiologique ne montre pas de lésion ostéo-articulaire significative hormis des troubles dégénératifs cervicaux prédominants en C5-C6 et C6-C7 et lombaires en L4-L5 et L5-S1. Sur le plan psychiatrique, les médecins ne constatent aucun ralentissement psychomoteur, mais retiennent le diagnostic de dysthymie, une tendance à la projection et à la victimisation, des traits de personnalité histrionique et un trouble douloureux somatoforme persistant, entraînant un état de détresse.

Sur la base de ces informations médicales, le Dr J._____, du service médical de l'OAIE, a reconnu, dans sa prise de position du 4 avril 2017 (OAIE 206), que l'expertise répondait à toutes les exigences de qualité attendues et que les experts ne diagnostiquaient notamment plus de troubles dépressifs.

7.3 Le Tribunal constate dans un premier temps que les médecins intervenus dans la présente affaire s'accordent en substance quant aux diagnostics et observations médicales. On rappellera à cet égard 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 (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

Il ressort ainsi des pièces au dossier, en particulier des rapports des Drs G._____, H._____ et I._____, que les atteintes à la santé dont souffre la recourante, en 2017, se situent principalement sur le plan psychiatrique. Les médecins ne relèvent aucun ralentissement

psychomoteur, mais retiennent le diagnostic de dysthymie, une tendance à la projection et à la victimisation, des traits de personnalité histrionique et un trouble douloureux somatoforme persistant, entraînant un état de détresse (OAIE doc 200). Ces diagnostics coïncident au surplus avec ceux retenus, le 22 septembre 2017, par la sécurité sociale espagnole, qui note notamment l'existence d'un diagnostic de dysthymie et de troubles de la personnalité histrionique, et dont la décision a été produite par la recourante dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 7). Il ressort de l'anamnèse de la recourante que ces atteintes sont chroniques. En effet, les différents médecins l'ayant examiné entre 2007 et 2015 retenaient déjà une dysthymie, des troubles de la personnalité histrionique, parfois manipulatrice, avec tendance à la somatisation, ainsi qu'un symptôme anxiodépressif et de panique (OAIE docs 38, 40, 41, 55, 61, 63, 78, 97, 119, 128, 152, 158, 159, 162, 166, 171).

Sur le plan interne, les médecins traitants de la recourante, qu'elle a consulté en Espagne entre 2007 et 2015, faisaient état notamment de dyslipémie, d'une hernie hiatale, d'un ulcère gastrique antral Forrest III, d'un syndrome du côlon irritable, d'incontinence urinaire, d'une hernie inguinale, d'une hystérectomie et de diarrhées récurrentes (OAIE docs 39, 40, 61 p. 1, 66, 119, 159, 171). Les Drs G._____, H._____ et I._____ retiennent toutefois, en 2017, qu'il n'existe aucun déficit sensitivomoteur ou de localisation qui pourrait laisser penser à une atteinte médullaire ou centrale, aucune anesthésie en selle, aucun indice de pathologie neurologique et aucun signe d'infection ou de malformation urinaire, ni d'une autre anomalie colique ou rectale (OAIE doc 200).

Enfin, du point de vue rhumatologique, les examens cliniques sollicités par la recourante ont fait état pour la première fois d'une fibromyalgie en 2009 (OAIE docs 38, 40). Ce diagnostic a été confirmé en 2010, en 2012, puis en 2015, en lien avec une arthromyalgie généralisée (OAIE docs 61 p. 1, 151, 158, 159, 162, 166, 171). Il a été retenu également, le 22 septembre 2017, par la sécurité sociale espagnole (TAF pce 7). Les médecins de la recourante ont également constaté, entre 2007 et 2015, une dégénérescence dans la colonne, faisant état d'une discopathie lombosacrée généralisée (TAF pce 7), d'une cervicalgie, d'un lumbago, de protrusions discales et d'une trochantérite gauche (OAIE docs 61 p.1, 161, 170). L'examen clinique réalisé en 2017 par les Drs G._____, H._____ et I._____ indique un syndrome polyalgique idopathique diffus, mais ne met toutefois pas en exergue d'inflammation articulaire, de raideur ou d'amyotrophie. De plus, l'examen radiologique ne montre pas

de lésion ostéo-articulaire significative hormis des troubles dégénératifs cervicaux prédominant en C5-C6 et C6-C7 et lombaires en L4-L5 et L5-S1.

Le Tribunal constate ainsi que les troubles anxiodépressifs fluctuants retenus par la Dresse E. _____ dans son rapport du 14 février 2013 (OAIE doc 128), dont l'évolution était longue, qui résistaient aux divers traitements psychopharmacologiques, qui tendaient à la chronicité et à la somatisation et qui ont conduit le Tribunal à admettre, par arrêt C-6002/2013 du 30 avril 2015, le recours contre la décision de non-entrée en matière du 17 septembre 2013, ne sont plus diagnostiqués par les médecins en 2017 ; la décision du service de politique sociale F. _____ du 22 septembre 2017, produite par la recourante (TAF pce 7), ne retient d'ailleurs pas non plus de tels troubles.

7.4 Il suit de là que les atteintes subies par la recourante à la date de la décision attaquée sont, *a priori*, identiques, voire un peu moins importantes, que celles subies au moment de la dernière décision ayant examiné matériellement le droit aux prestations.

8.

Reste néanmoins à déterminer les répercussions des atteintes précitées sur la capacité de travail de la recourante.

8.1 Dans le cadre de l'expertise médicale pluridisciplinaire (OAIE doc 200), la recourante a décrit, depuis de nombreuses années, du point de vue de la médecine interne, des selles et des mictions impérieuses, et dit ressentir des besoins pressant, mais pas de fuite involontaire. L'absence de signes neurologiques depuis l'apparition des symptômes, d'objectivation d'infection, de malformation urinaire ou d'autre anomalie colique ou rectale ont conduit toutefois les Drs G. _____, H. _____ et I. _____ à ne retenir aucune limitation fonctionnelle sur ce plan-là. Concernant le volet rhumatologique, la recourante s'est plainte de douleurs musculo-squelettiques diffuses, ayant évolué depuis son enfance avec une aggravation décrite après les accouchements. L'examen clinique n'a toutefois relevé aucune inflammation articulaire, ni raideur ou amyotrophie, mais il existe une kinésiophobie. De même, l'étude des documents radiologiques n'a montré aucune lésion ostéo-articulaire significative, hormis des troubles dégénératifs cervicaux prédominant en C5-C6 et C6-C7, ainsi que lombaires en L4-L5 et L5-S1. Les Drs G. _____, H. _____ et I. _____ n'ont donné toutefois à ces images aucune signification pathologique certaine, dès lors qu'elles peuvent être observées physiologiquement à l'âge de l'assurée. En l'absence de pathologie

rhumatologique, ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle sur ce plan-là. Enfin, sur le plan psychiatrique, la recourante a rapporté des plaintes douloureuses, un moral abaissé, une tristesse, un ras-le-bol et une fatigue. L'examen psychiatrique n'a toutefois révélé aucun ralentissement psychomoteur. Les Drs G._____, H._____, et I._____ ont toutefois constaté une thymie légèrement abaissée, mais passant au second plan derrière une relative démonstrativité. Ils ont souligné que la recourante participait à sa prise en charge avec un suivi psychiatrique régulier, que le dosage plasmique des antidépresseurs montrait des taux satisfaisants de médicaments, témoignait d'une bonne adhésion de la recourante et que les traits de personnalité histrionique de la recourante n'avaient pas impacté son parcours de vie, avec une vie familiale et sociale relativement stable. Par conséquent, les médecins ont noté une incohérence entre les limitations fonctionnelles rapportées par la recourante et la pauvreté des trouvailles de l'examen clinique. Ils ont ainsi mis les limitations rapportées par la recourante sur le compte d'une sous-estimation de ses capacités et un déconditionnement musculaire. Ils ont relevé encore que la recourante conservait des activités de loisirs et un bon réseau social et qu'elle était soutenue par sa famille, estimant les ressources adaptatives suffisantes, de sorte que les principaux obstacles pour un retour dans le monde du travail étaient d'ordre extra-médical (durée de l'inactivité et faible niveau de formation). Les médecins n'ont ainsi retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Il n'existerait ainsi aucune limitation fonctionnelle qui pourrait affecter la capacité de travail de la recourante, que ce soit sur le plan interne, rhumatologique ou psychiatrique, et ce, pour tout type d'activité.

8.2 La plupart des médecins espagnols consultés par la recourante n'ont, quant à eux, pas fait état des répercussions de leurs diagnostics sur la capacité de travail de la recourante.

La Dresse K._____ s'est toutefois distancié quelque peu de ses confrères, puisqu'elle a noté, dans son rapport E 213 du 11 novembre 2015 (OAIE docs 162, 166), une déficience fonctionnelle importante et une réponse à un traitement psychopharmacologique partiel. Elle a recommandé d'éviter les activités dans des endroits humides, trop chauds ou trop froids, avec de la fumée, des gaz, des vapeurs et le travail de nuit. Il en va de même de la Dresse L._____ qui a indiqué, dans son rapport E 213 du 7 mai 2013 (OAIE doc 119), qu'il n'y avait aucun changement de l'incapacité fonctionnelle et qui a recommandé d'éviter les activités soumises à un stress important et exigeant des efforts physiques intenses

pendant les périodes d'exacerbation. Elles ont toutes deux conclu que la recourante ne pouvait plus exercer son ancienne activité d'employée de maison/femme de ménage, mais ont estimé qu'à condition d'être adaptée aux restrictions mises en évidence, un travail à plein temps était exigible et que lesdites restrictions ne réduisaient pas la capacité de travail de la recourante dans l'activité de substitution

La Dresse E._____, dans ses rapports du 14 février 2013 et du 29 septembre 2015 (OAIE docs 128, 152), a également émis un avis différent des Drs G._____, H._____ et I._____, estimant peu probable que la recourante puisse exercer normalement une activité professionnelle à court et moyen terme.

8.3 Les rapports des Dresses K._____, L._____ et E._____ ne sont cependant pas de nature à remettre en cause les conclusions des Drs G._____, H._____ et I._____, en l'absence de motivation suffisante quant à cette différence. En effet, la Dresse K._____ n'explique pas en quoi les troubles constatés limiteraient fonctionnellement la capacité de travail de sa patiente, n'indique pas se fonder sur l'anamnèse ou l'évolution de l'état de santé de la recourante et ne mentionne pas les examens médicaux sur lesquels elle se fonde. Il en va de même du rapport de la Dresse L._____, quoi qu'un peu plus développé, mais qui remonte à 2013 et ne reflète ainsi pas l'évolution récente de l'état de santé de la recourante. Quant au rapport de la Dresse E._____, il ne développe pas non plus en quoi le trouble dysthymique et de personnalité histrionique limiterait fonctionnellement la capacité de travail de la recourante. En outre, il ne retient aucune nouvelle atteinte, ni aucun nouvel élément objectif pouvant expliquer une différence dans la capacité de travail de la recourante. Au contraire, il se fonde sur le même historique médical et fait état des mêmes atteintes que celles indiquées par les Drs G._____, H._____ et I._____.

Par surabondance, le Tribunal remarque que, jusqu'en 1998, la recourante travaillait comme employée de maison/femme de ménage, principalement pour des particuliers, des avocats ou des médecins. On peine à saisir en quoi les limitations relevées par les Dresses K._____ et L._____ en lien avec le travail dans des endroits humides, trop chauds ou trop froids, avec de la fumée, des gaz, des vapeurs et le travail de nuit ou avec les activités soumises à un stress important et exigeant des efforts physiques intenses pendant les périodes d'exacerbation affecteraient la capacité de la recourante à exercer la profession d'employée de maison/femme de

ménage auprès de particuliers, de cabinets médicaux ou d'études d'avocats.

Ainsi, en comparaison notamment du rapport d'expertise des Drs G._____, H._____ et I._____ du 28 février 2017 (OAIE doc 200), qui tient compte en détail de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé de la recourante, de même que de ses plaintes, et se fonde sur divers examens de l'intéressée, les rapports des Dresses K._____, L._____ et E._____, extrêmement sommaires et incomplets, en particulier concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante, ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. supra consid. 6.2.1), ce que confirme le Dr M._____, du service médical de l'OAIE, dans sa prise de position du 29 août 2013 (OAIE doc 131), relevant notamment que les rapports médicaux de la Dresse E._____ n'étaient pas fiables au vu de leur qualité. Enfin, il faut également tenir compte, dans l'appréciation des rapports médicaux de la Dresse E._____, du fait qu'il s'agit là du médecin traitant de l'intéressée, qui peut donc être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour sa patiente en raison de la relation de confiance qui l'unit, depuis 2003, à celle-ci (cf. supra consid. 6.2.2).

8.4 La Dresse N._____, du service médical de l'OAIE, a ainsi tenu compte des observations des différents médecins quant aux limitations fonctionnelles de la recourante. Elle a estimé, dans ses prises de position du 2 mars 2016 (OAIE doc 179) et du 9 mars 2017 (OAIE doc 204), que les observations cliniques ne montraient pas de limitation fonctionnelle significative ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Invité également à se prononcer sur les rapports des différents médecins, le Dr J._____, également du service médical de l'OAIE, a expliqué que la recourante n'était pas limitée tant dans sa vie privée que professionnelle, y compris pour les activités ménagères (OAIE doc 206).

8.5 Dans son mémoire de recours, la recourante se plaint de ce que les médecins, notamment les Drs G._____, H._____ et I._____, n'auraient pas tenu compte des limitations dont elle souffre en lien avec la fibromyalgie. Elle se plaint ainsi implicitement que leurs rapports ne satisferaient ainsi pas aux conditions fixées par la jurisprudence en la matière.

8.5.1 Il y a lieu de relever que le rapport des Drs G._____, H._____ et I._____ du 28 février 2017 (OAIE doc 200) ne retient effectivement pas le diagnostic de fibromyalgie. Toutefois, le Tribunal fédéral a déjà

rappelé qu'en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux, ces deux atteintes présentant en effet des points communs. Il souligne qu'il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

8.5.2 En l'occurrence, il ressort clairement de l'anamnèse de la recourante et des nombreux rapports médicaux qui figurent au dossier que les médecins traitants de la recourante emploient alternativement les diagnostics de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie. Il en va de même des Drs G._____, H._____ et I._____, qui retiennent le diagnostic de trouble somatoforme douloureux dans leur rapport du 28 février 2017 (OAIE doc 200). Aucun élément au dossier n'indique que les Drs G._____, H._____ et I._____ n'auraient pas tenu compte des limitations de la recourante, de l'évolution de son état de santé, de même que de ses plaintes, en lien avec ce trouble somatoforme douloureux. Au contraire, les Drs G._____, H._____ et I._____ ont procédé à un examen complet et convaincant de l'état de santé global de la recourante et des limitations dont elle dit souffrir. Force est ainsi de constater que les Drs G._____, H._____ et I._____ n'ont pas ignoré les troubles en lien avec la fibromyalgie, les qualifiant toutefois – comme plusieurs médecins avant eux – de troubles somatoformes douloureux.

8.5.3 Le rapport des Drs G._____, H._____ et I._____ du 28 février 2017 (OAIE doc 200) satisfait ainsi aux conditions fixées par la jurisprudence sur ce point et il n'y a pas lieu de le remettre en cause au motif qu'il ne mentionne pas explicitement le diagnostic de fibromyalgie, mais fait état d'un trouble somatoforme douloureux.

8.6 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que les prises de position de la Dresse N._____ et du Dr J._____ du service médical de l'OAIE, fondées sur le rapport des Drs G._____, H._____ et I._____, sont motivées et cohérentes, et qu'il convient de s'y rallier, aucun élément au dossier ne venant mettre en doute leur fiabilité.

9.

Ainsi, dans la mesure où les pièces versées au dossier ne sont pas de nature à infirmer ou modifier les conclusions des Drs G._____, H._____ et I._____, ainsi que du service médical de l'OAIE, le Tribunal retient que la recourante est apte à travailler à temps plein, dans

tout type d'activité, eu égard à l'absence de limitations fonctionnelles ayant une incidence sur sa capacité à exercer sa précédente profession.

Il suit de là qu'il n'existe aucun changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante.

Partant, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a rejeté la troisième demande de prestations de l'intéressée. Sur ce point, la décision du 10 août 2017 ne porte pas le flanc à la critique.

Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit par conséquent est rejeté.

10.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, comprenant l'émolument judiciaire et les débours, doivent être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 63 al. 1 PA et art. 1 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]). L'émolument judiciaire est calculé en fonction de la valeur litigieuse, de l'ampleur et de la difficulté de la cause, de la façon de procéder des parties et de leur situation financière (art. 2 al.1 1^{ère} phrase et art. 4 FITAF).

En l'espèce, les frais de procédure doivent être fixés à 800 francs. Ce montant est imputé sur l'avance de frais de 913.12 francs versée par la recourante le 18 décembre 2017. Le solde de 113.12 francs lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

11.

Compte tenu de l'issue de la procédure, la recourante, au demeurant non représentée par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 FITAF a contrario).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 800 francs, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est imputé sur l'avance de frais de 913.12 francs déjà versée. Le solde de 113.12 francs lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Delaye

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 :