



Arrêt du 13 juin 2022

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Vito Valenti, Regina Derrer, juges,
Julie Cyprien, greffière.

Parties

A. _____, (France),
représentée par lic. iur. Nicolai Fullin, Avocat,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 12 octobre 2020).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : la requérante ou l'assurée) est une ressortissante française, née le (...) 1962, domiciliée dans son pays d'origine, mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 1990 et 1992 (AI doc 78, p. 1 à 8). Secrétaire de formation (AI doc 78, p. 5), et au bénéfice d'un BTS en communication (AI doc 14, p. 1), elle a travaillé de nombreuses années en Suisse, cotisant ainsi à l'assurance-invalidité suisse (AI) (AI doc 89). Le 4 octobre 1990, l'assurée a subi un grave accident de voiture (AI doc 1, p. 15).

A.b

A.b.a Le 1^{er} mars 1995, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton B. _____ (ci-après : OAI) (AI doc 1, p. 1 à 6). Elle indiquait souffrir de scoliose, de cyphose, d'une bascule du bassin, ainsi que d'une déstabilisation de l'épaule entraînant d'importantes douleurs et une impotence.

A.b.b Par décision du 30 janvier 1996 (AI doc 1, p. 17), se basant principalement sur les conclusions du Dr C. _____, chirurgien orthopédiste (AI doc 1, p. 34 et 36 à 41), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a refusé à l'assurée l'octroi de prestations de l'AI au motif que, ne souffrant que d'une simple instabilité à l'épaule, elle ne présentait aucune incapacité de travail.

A.c

A.c.a Le 27 juillet 2012, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations AI auprès de l'OAI en raison d'une double hernie discale en L5 et S1, d'une périarthrite à l'épaule droite, ainsi que d'une aponévrosite aux deux pieds (AI doc 2).

A.c.b Procédant à l'instruction de cette demande, duquel il ressort que l'assurée se plaignait en outre d'une humeur dépressive (AI doc 52, p. 2), l'OAI a recueilli l'expertise du 5 février 2014 du Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne (AI doc 56), ainsi que celle du 4 février 2014 du Dr E. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (AI doc 55). Selon ces experts, l'assurée n'avait présenté aucune incapacité de travail et ce, dans tout type d'activité.

A.c.c Par décision du 7 mai 2014 (AI doc 69), l'OAIE a donc refusé l'octroi d'une rente AI à l'assurée.

A.c.d Dans un arrêt C-3156/2014 du 24 novembre 2014, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF), a estimé que le recours interjeté par la recourante contre cette décision était irrecevable (AI doc 74).

B.

B.a Le 7 septembre 2018, F. _____ SA, assureur perte de gain de G. _____ SA, employeur de la recourante, qui versait à cette dernière des indemnités journalières depuis le début de sa nouvelle incapacité de travail le 13 mars 2018, a transmis à l'OAI une troisième demande de prestations AI de l'assurée (AI docs 78, 79, 97 et 90, p. 2). Celle-ci y invoquait divers symptômes d'un toc et d'un état dépressif, ainsi que des douleurs lombaires, des problèmes digestifs, et une cystite interstitielle (AI doc 78, p. 6).

B.b Selon les expertises du Dr D. _____ (expertise du 10 juillet 2020, AI doc 126) et du Dr E. _____ (expertise du 22 juin 2020, AI doc 125), mandatés une nouvelle fois par l'OAI (AI docs 122 et 123), l'assurée ne souffrait cependant d'aucune atteinte invalidante et était capable de reprendre tout type d'activité à temps plein à partir de janvier 2019.

B.c Sur cette base l'OAI a, dans un projet de décision du 22 juillet 2020 (AI doc 128), informé l'assurée qu'il entendait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle ne présentait pas d'incapacité de travail d'au moins 40% durant une année sans interruption notable.

B.d Par décision du 12 octobre 2020, l'OAIE a confirmé le projet de décision de l'OAI et rejeté l'opposition de l'assurée au motif qu'elle n'avait fait valoir aucun grief objectif (AI doc 134).

C.

C.a Le 6 novembre 2020 (date timbre postal), l'assurée a, par l'entreprise de son représentant, interjeté recours devant le Tribunal contre cette décision et joint un rapport du 23 octobre 2020 du Dr H. _____, psychiatre (TAF pce 1).

C.b Par décisions incidentes des 20 novembre et 2 décembre 2020 (TAF pces 3 et 5), le Tribunal a invité la recourante à régulariser son recours en l'assortissant de conclusions dûment signées.

C.c Le 4 décembre 2020, la recourante a régularisé son recours en indiquant vouloir obtenir une rente d'invalidité entière et a transmis au Tribunal un certificat médical du 8 avril 2014 du Dr I._____, médecin généraliste, des rapports médicaux du 7 décembre 2011, respectivement 9 février 2010, du Dr J._____, médecin généraliste, plusieurs documents du Dr H._____, psychiatre, ainsi que d'autres actes figurant déjà au dossier (TAF pce 7).

C.d Par décision incidente du 11 décembre 2020, le Tribunal a invité la recourante à payer une avance de frais de Fr. 800.- dans un délai de 30 jours (TAF pce 9).

C.e Donnant suite à une requête de l'assurée (TAF pce 11), le Tribunal a annulé sa décision incidente du 11 décembre 2020, et autorisé la recourante à payer l'avance de frais de Fr. 800.- en trois acomptes (TAF pce 12), montants qu'elle a payé dans les délais impartis (TAF pces 14, 17 et 18).

C.f Par ordonnance du 25 février 2021, le Tribunal a pris acte de la résiliation du mandat du représentant de l'assuré (TAF pce 16), qui lui a été communiquée par cette dernière dans un courrier du 16 février 2021 (TAF pce 15).

C.g Dans une réponse du 1^{er} juillet 2021, l'OAIE a suivi l'avis de l'OAI, qui concluait au rejet du recours (TAF pce 22).

C.h Par réplique du 17 juillet 2021, la recourante a implicitement persisté dans ses conclusions et annexé un certificat du 5 avril 2019 du Dr H._____, un rapport d'expertise du 11 mai 2021 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dresse L._____, médecin interne, ainsi que d'autres documents déjà versés en cause (TAF pce 24).

C.i Dans une duplique du 26 août 2021, l'OAIE, reprenant la position de l'OAI, a persisté dans ses conclusions (TAF pce 26).

C.j Par triplique du 30 septembre 2021, la recourante a, par l'entremise d'un nouveau représentant, une nouvelle fois persisté dans ses conclusions (TAF pce 29).

C.k Dans des observations du 22 octobre 2021, l'OAIE, suivant une nouvelle fois l'OAI, a persisté dans ses conclusions (TAF pce 31).

C.l Par ordonnance du 28 octobre 2021, le Tribunal a transmis les observations de l'OAIE pour connaissance à la recourante et clos l'échange d'écritures (TAF pce 32).

D.

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

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). 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), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente AI dans le cadre d'une nouvelle demande.

3.

3.1 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, 3e 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, 2e 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, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e 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 ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

3.3 A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions.

3.4 Dans le cas d'espèce, la recourante, domiciliée en France voisine, a exercé une activité lucrative dans la ville de (...) jusqu'à son arrêt de travail le 13 mars 2018 (AI doc 97, p. 1). C'est donc à juste titre que l'OAI du canton B. _____ a enregistré puis instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

4.

4.1 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 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1).

4.2 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, en principe jusqu'au 12 octobre 2020. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 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. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du

Tribunal fédéral 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

4.3 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, domiciliée dans son pays d'origine, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). 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'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au 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 1er 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, 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 Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.4 La présente cause doit donc être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), entrées en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les dispositions de la LPGA, LAI et des ordonnances y afférentes entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables (« Développement continu de l'AI » ; RO 2021 705, RO 2021 706).

5.

A titre initial, il est relevé que l'assurée remplit la condition de la durée minimale de cotisations de 3 ans au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente au sens de l'art. 36 LAI, ayant cotisé à l'AVS/AI suisse pendant de nombreuses années.

6.

Il convient en outre de préciser que le taux d'invalidité de l'assurée n'a pas été déterminé dans le cadre du traitement de ses premières demandes, qui ont été rejetées au motif qu'elle ne présentait pas une incapacité de travail d'au moins 40% minimum durant une année sans interruption notable (voir *supra*, let. A). Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner si le taux d'invalidité de l'assurée a subi depuis lors une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du TAF C-2218/2013 du 16 novembre 2015 consid. 7). Partant, il convient uniquement d'examiner si la recourante est invalide au sens de la LAI.

7.

7.1 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 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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, 2ème phrase LPGA).

7.2 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.

8.1 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 Tribunal fédéral 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.).

8.2 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).

8.3 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 Tribunal fédéral 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).

8.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e 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).

8.5 Concernant enfin 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 : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

8.6 Les expertises commandées par un assureur à des spécialistes indépendant-e-s et externes à cet assureur, en application de l'art. 44 LPGA, se voient reconnaître une pleine valeur probante, à moins que des indices concrets ne mettent en doute leur fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4).

8.7 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; 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-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du Tribunal fédéral 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

9.

S'agissant des affections 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, 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-e expert-e (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 Tribunal fédéral 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).

10.

10.1 Après le dépôt de la première demande de prestations AI de la recourante, les pièces suivantes figuraient notamment au dossier :

- un rapport du 10 octobre 1990 du Dr J. _____, diagnostiquant une contusion musculaire à l'épaule droite, ainsi qu'un traumatisme du rachis cervical bénin, sans entorse grave. L'assurée ne présentait aucune incapacité de travail (AI doc 1, p. 48),

- un rapport du 1^{er} février 1991 du Dr J. _____ indiquant que l'assurée avait fait une rechute douloureuse, sans lésion neuve, justifiant toutefois une incapacité de travail totale du 10 au 17 décembre 1990 (AI doc 1, p. 46),
- un rapport du 11 mars 1991 du Dr J. _____ mentionnant que l'assurée avait développé des cervicalgies périodiques fonctionnelles (AI doc 1, p. 45),
- un rapport du 28 janvier 1992 de la Dresse M. _____, médecin généraliste, indiquant que les douleurs à l'épaule droite entraînaient une impotence fonctionnelle. L'assurée souffrait aussi de douleurs lombaires (AI doc 1, p. 43),
- un rapport du 21 janvier 1993 du Dr C. _____, chirurgien orthopédiste, diagnostiquant des douleurs récurrentes plutôt rares à l'épaule droite liées au port de charge ou à des mouvements, en cas d'instabilité (AI doc 1, p. 37 à 41),
- un compte-rendu du 11 octobre 1993 du Dr C. _____, confirmant son précédent diagnostic et indiquant qu'il n'avait identifié aucune pathologie à la colonne vertébrale (AI doc 1, p. 36).

10.2 Suite à la deuxième demande de prestations AI de l'assurée, ont été notamment versé en cause :

- un rapport du 9 février 2010 du Dr J. _____, qui suit la recourante pour une décompensation anxieuse réactionnelle (AI doc 70, p. 26),
- un examen radiologique à l'épaule droite du 7 octobre 2010 du Dr N. _____, radiologue, qui conclut à une péri-arthrite scapulo-humérale (AI doc 3, p. 3),
- les résultats d'un scanner lombaire effectué le 17 novembre 2011 par le Dr O. _____, radiologue, qui conclut à une protrusion discale étagée et une hernie discale L5-S1 latéralisée à gauche (AI doc 3, p. 2),
- un certificat du 23 février 2012 du Dr P. _____, neuro-chirurgien, diagnostiquant une lombo-sciatalgie de type L5 gauche. Le scanner lombaire permettait de mettre en évidence une discopathie en L4-L5 et L5-S1 avec des hernies discales médianes (AI doc 3, p. 4),

- un rapport d'expertise du 31 mai 2012 du Dr Q._____, rhumatologue spécialiste en médecine physique et réhabilitation, constatant un syndrome lombo-vertébral, une periarthropathia humeroscapularis calcarea, une fibromyalgie débutante, ainsi qu'une dépendance aux opiacés combinés au tetrazepan. La capacité de travail de l'assurée était totale dans tout type d'activité depuis le 29 mai 2012 au plus tard, date de l'entretien d'expertise (AI doc 6, p. 39 à 47),
- une attestation du 7 août 2012 du Dr P._____, qui estime que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse de type lombalgie avec irradiations dans le membre inférieur gauche au niveau radiculaire L5. Le scanner avait pu mettre en évidence des discopathies en L4-L5 et L5-S1 avec des hernies discales médianes. La scatalgie la plus présente est en L5-S1 chez l'assurée qui présentait également une compression du nerf sciatique (AI doc 6, p. 23),
- un certificat du 28 août 2012 du Dr P._____, qui confirme ses précédentes conclusions et ajoute que la recourante souffre en outre de contractures des muscles paravertébraux, de troubles génito-sphinctériens et d'une faiblesse des membres inférieurs. La reprise d'activité, même partielle, était exclue (AI doc 3, p. 5),
- un certificat du 12 septembre 2012 du Dr R._____, chirurgien orthopédiste, constatant une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite. Les radiographies mettaient évidence une calcification du sus-épineux. La recourante présentait également une aponévromyosite plantaire bilatérale prédominant du côté droit (AI doc 56, p. 36),
- un rapport du 4 octobre 2012 du Dr S._____, chirurgien, qui a diagnostiqué une périarthrite de l'épaule droite, une suspicion d'ostéochondrose et de discopathie au niveau de L4-S1 à gauche, peut-être aussi à droite. Il existait en outre une tendinopathie des aponévroses plantaires des deux côtés (AI doc 11),
- un compte-rendu du 15 octobre 2012 du Dr I._____, qui estime que la recourante souffre de lombalgie et sciatgie, d'hernies en L5-S1, d'une périarthrite à l'épaule droite, d'une aponévrosite plantaire bilatérale, ainsi que d'insomnie secondaire. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 12 décembre 2011 (AI doc 13),
- un rapport non daté de la Dresse T._____, médecin généraliste, qui diagnostique chez la recourante une hernie en L5-S1 avec lombalgie et lombo-sciatique, une aponévrosite bilatérale et une périarthrite à

l'épaule droite. Une incapacité totale dans l'activité habituelle, attestée par la recourante, avait existé du 12 décembre 2011 au 22 octobre 2012 (AI doc 39),

- un rapport du 1^{er} mars 2013 du Dr U._____, chirurgien orthopédique et traumatologue, qui constate une tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs calcifiante du côté droit. L'examen clinique retrouve une souffrance du tendon supraépineux plus nette du côté droit que du côté gauche (AI doc 45, p. 4),
- un certificat du 8 mars 2013 du Dr R._____ confirmant ses précédentes conclusions (AI doc 56, p. 35),
- un rapport du 22 mars 2013 du Dr S._____, qui constate désormais une périarthrite aux deux épaules, une ostéochondrose et discopathie en L4-L5, ainsi qu'une tendinopathie stationnaire des plantaraponeuroses (AI doc 60, p. 4 à 6),
- un rapport du 11 septembre 2013 de la Dresse V._____, rhumatologue, qui relève des signes d'arthrose au gros orteil et des épicondylalgies droites (AI doc 43, p. 2),
- une expertise du 4 février 2014 du Dr E._____ (voir *supra*, let. A.c.b ; AI doc 55),
- une expertise du 5 février 2014 du Dr D._____ (voir *supra*, let. A.c.b ; AI doc 56),
- un certificat médical du 8 avril 2014 du Dr I._____, qui atteste que la recourante présente un état dépressif réactif ne lui permettant pas de reprendre une activité professionnelle (TAF pce 7),
- un certificat médical du 14 mai 2014 du Dr W._____, psychiatre, indiquant avoir suivi la recourante pour un syndrome anxio-dépressif réactionnel (F32.2) du 30 janvier au 22 octobre 2004 (AI doc 70, p. 33 à 34),
- un certificat du 2 juin 2014 du Dr X._____ indiquant qu'il suit la recourante pour un syndrome anxio-dépressif, des insomnies, pertes de mémoire, et des épisodes de confusion mentale. Cet état ne lui permettait pas d'assumer une activité professionnelle (AI doc 70, p. 46),

- une attestation du même jour de la Dresse Y._____, qui explique avoir assuré « une tranche » de psychanalyse de 1994 à 1996 (AI doc 70, p. 32),
- un rapport du 3 juin 2014 du Dr H._____ diagnostiquant des troubles dépressifs récurrents avec symptômes psychotiques. L'incapacité de travail à ce jour était totale (AI doc 70, p. 43 à 45),
- un rapport du 22 juin 2018 du Dr H._____ confirmant ses précédentes conclusions (AI doc 77, p. 14 à 15),
- une expertise du 28 août 2018 du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un trouble obsessionnel compulsif, avec idées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), une surconsommation d'alcool et, possiblement, de benzodiazépines (AI doc 77, p. 2 à 12),
- un rapport du 28 décembre 2018 du Dr H._____, confirmant son précédent diagnostic. L'incapacité dans l'activité habituelle était totale dès le 13 mars 2018 (AI doc 96),
- le questionnaire pour employeur dûment rempli par G._____ AG et daté du 15 janvier 2019 (AI doc 97),
- un rapport médical du 12 février 2019 du Dr H._____ réitérant ses précédentes conclusions (TAF pce 7),
- une expertise de suivi du 22 juin 2020 du Dr E._____ (voir *supra*, let. B.b ; AI doc 125),
- une expertise de suivi du 10 juillet 2020 du Dr D._____ (voir *supra*, let. B.b ; AI doc 126),
- certificat du 23 octobre 2020 du Dr H._____, psychiatre, contre-indiquant à la recourante la reprise de toute activité (TAF pce 1),
- un rapport d'expertise du 11 mai 2021 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dresse L._____, médecin interne, concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et un état de stress post-traumatique (F43.1) (TAF pce 24).

11.

Le Tribunal constate que les parties se disputent principalement sur la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 22 juin 2020 du Dr E. _____ (AI doc 125), sur laquelle l'autorité inférieure s'est notamment basée pour rendre sa décision du 12 octobre 2020. Non contestée, le Tribunal estime que l'expertise du 10 juillet 2020 réalisée par le Dr D. _____, ayant également servi de base à la décision entreprise pour ce qui est des atteintes somatiques alléguées par la recourante, a la pleine valeur probante. En effet, le rhumatologue a effectué son expertise en pleine connaissance du dossier (AI doc 126, p. 7 à 28), a procédé à une anamnèse complète (AI doc 126, p. 39 à 40), et des examens poussés (AI doc 126, p. 41 à 45), a recensé les plaintes de la recourante (AI doc 126, p. 32 à 36), de sorte que le point litigieux principal, à savoir l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise de 2014 (AI doc 126, p. 7), a fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, nie ainsi de manière fondée toute atteinte rhumatologique invalidante (AI doc 126, p. 46), ce qui correspond d'ailleurs aux déclarations de la recourante, qui explique souffrir avant tout d'une atteinte psychique (AI doc 126, p. 32).

12.

12.1 S'agissant de l'expertise du 22 juin 2020, il est relevé que le Dr E. _____ est un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il possède donc une formation reconnue et les compétences professionnelles nécessaires pour juger l'état de santé de la recourante. L'expert commence son rapport par effectuer un point de situation, comprenant les points litigieux à traiter (AI doc 125, p. 3), puis liste la documentation médicale figurant au dossier (AI doc 125, p. 4 à 17), de sorte que le Tribunal considère qu'il a la pleine connaissance du dossier, ce d'autant plus qu'il a déjà expertisé la recourante (expertise du 4 février 2014 du Dr E. _____, AI doc 55). Les plaintes de la recourante ont été retranscrites dans le rapport d'expertise (AI doc 125, p. 17 à 18), l'expert établit ensuite une anamnèse complète sur la base des dires de l'assurée (AI doc 125, p. 19 à 20), qui est également questionnée sur le déroulement d'une journée type, sa prise en charge thérapeutique et ses perspectives d'avenir (AI doc 125, p. 20 à 21). Le Tribunal relève cependant que les investigations menées par l'expert restent quelque peu lacunaires car, certains dires de l'assurée sont en contradiction avec les actes figurant au dossier sans qu'elle soit interrogée à ce sujet par l'expert. Ainsi, elle affirme devant l'expert ne pas avoir de formation professionnelle (AI doc 125, p. 19), alors que dans sa deuxième demande AI du 7 août 2018, elle mentionne un diplôme de secrétaire (AI doc 78, p. 5), et qu'au dossier figure son curriculum vitae indiquant

qu'elle possède un BTS en communication (AI doc 56, p. 42). En outre, elle ne mentionne au Dr E. _____ que le traitement psychiatrique qu'elle a suivi, de manière sporadique et que depuis 2014, auprès du Dr H. _____ ; traitement qu'elle aurait pu arrêter, mais qui a dû être intensifié suite à sa crise de mars 2018 (AI doc 125, p 21). Or, il ressort du dossier à disposition de l'expert, qu'elle a également été suivie du 30 janvier 2004 au 22 octobre 2004 pour un syndrome dépressif sévère auprès du Dr W. _____ (AI doc 125, p. 7). L'expert ne relève cependant que la contradiction suivante : contrairement à la première expertise de 2014, la recourante affirme désormais que les relations avec son mari sont difficiles et que c'était également le cas, par le passé, avec ses parents (AI doc 125, p. 21). La recourante explique à ce sujet ne pas se souvenir avoir affirmé le contraire par le passé, et qu'elle a tendance à ne pas vouloir montrer « ses faiblesses » (AI doc 125, p. 21). Du reste, mis à part cet entretien avec la recourante, aucun examen complémentaire n'a été effectué par l'expert, étant précisé que la recourante ne s'est pas rendue au laboratoire désigné pour effectuer des examens sanguins. Sur cette base, après avoir livré ses observations (AI doc 125, p. 22), l'expert conclut que la recourante ne souffre d'aucune atteinte invalidante (voir *supra*, let. B.b).

12.2 S'il est vrai que, contrairement à ce qu'affirme la recourante, les points litigieux identifiés en début d'expertise ont été discutés, en particulier l'avis du Dr Z. _____ (AI doc 125, p. 26), le Tribunal relève encore plusieurs imprécisions dans le restant du rapport. Ainsi, alors que l'expert arrive à la conclusion que la recourante ne souffre d'aucune atteinte invalidante, il reconnaît ensuite qu'elle était en incapacité de travail totale du 3 mars à fin août 2018, puis qu'elle ne présentait qu'une incapacité à 50% à partir de septembre 2018, et enfin qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dès janvier 2019 (AI doc 125, p. 28). Par ailleurs, bien qu'ayant retenu que la recourante souffrait d'une réduction de l'activité le matin (AI doc 125, p. 23), l'expert affirme plus loin dans son rapport que ce n'est pas le cas (AI doc 125, p. 26). L'expert a également ignoré certains éléments au dossier. Comme évoqué (voir *supra*, consid. 12.1), c'est à tort qu'il est parti du principe que la recourante n'a pas d'antécédents psychiatriques, ce qui est une autre raison pour laquelle ses conclusions ne peuvent être suivies (AI doc 125, p. 26). Enfin, contrairement à ce que l'expert affirme (AI doc 125, p. 25), la recourante semble bien suivre différentes thérapies pour ses douleurs somatiques (expertise du 10 juillet 2020 du Dr D. _____, AI doc 126, p. 38).

12.3 Du reste, il est relevé que, dans la mesure où une incapacité de travail est constatée, le rapport d'expertise aurait dû respecter la procédure

probatoire structurée à l'aide des indicateurs définis par la jurisprudence (voir *supra*, consid. 9). Or, de ce point de vue également, les observations de l'expert sont insuffisantes. En particulier, les complexes « comorbidités », « personnalité », et « cohérence » n'ont pas été suffisamment investiguées. Il ne peut donc être conféré de valeur probante à l'expertise du Dr E._____, de sorte qu'elle n'aurait pas dû servir de base aux décisions litigieuses de l'autorité inférieure.

13.

13.1 S'agissant du restant de la documentation médicale au dossier, le Tribunal relève en particulier que l'expertise du Dr Z._____ (AI doc 77) n'est pas basée sur le dossier complet de la recourante, puisque seul un rapport du 15 mai 2018 du Dr H._____ est cité à titre de sources (AI doc 77, p. 5). Ainsi, l'expert n'a basé ses conclusions que sur les dires de l'assurée, ainsi que ses propres observations. Avec le SMR (AI doc 106), le Tribunal considère que de ce fait déjà, les conclusions de l'expertise du Dr Z._____ ne sauraient être suivies.

13.2 La recourante a produit devant le Tribunal un rapport d'expertise du 11 mai 2021 du Dr K._____ (TAF pce 24), postérieur à la décision litigieuse, qu'il convient néanmoins de prendre en compte dans la mesure où il discute d'une atteinte pré-existante (voir *supra*, consid. 4.2). D'emblée, le Tribunal relève que le Dr K._____ n'était pas non plus en possession du dossier complet de l'assuré, puisqu'il lui manquait en particulier l'expertise du Dr E._____. Ainsi, non seulement il n'a pas pu discuter l'avis contraire de ce dernier, mais il n'a pas pu interroger l'assurée sur sa précédente description beaucoup moins sombre de son atteinte. Partant, l'expertise du Dr K._____ ne remplit pas les exigences jurisprudentielles en la matière (voir *supra*, consid. 8.3), ni celles propres aux atteintes psychiques (voir *supra*, consid. 9.1). Il ne peut donc lui être conféré de valeur probante.

13.3 Quant aux rapports du Dr H._____, qui, bien que spécialiste, est un médecin traitant dont les rapports sont à prendre avec une certaine réserve (voir *supra*, consid. 8.7), ils ne remplissent pas non plus les exigences susmentionnées de la jurisprudence. En particulier, les antécédents psychiatriques de l'assurée listés dans son rapport du 3 juin 2014 (TAF pce 24, annexe 2a) sont peu clairs, ce qui affaiblit le diagnostic posé de troubles dépressifs récurrents avec symptômes psychotiques. Ainsi, il ne ressort nulle part du dossier que la recourante aurait été suivie en 1990 suite à une dépression post-partum. En outre, s'il est vrai qu'elle a suivi une « tranche » de psychanalyse auprès de la Dresse Y._____ de 1994 à

1995 (AI doc 70, p. 32), cette dernière est médecin généraliste. Du reste, selon les dires mêmes de l'assurée (AI doc 70, p. 13), et au vu du dossier (AI doc 13), elle aurait suivi une hypnose auprès du Dr I. _____ pour ses douleurs somatiques, non pas pour une dépression. Enfin, il n'a pas été établi que la recourante aurait bénéficié d'un suivi psychologique auprès du Dr J. _____, de novembre 2004 à décembre 2010. Le rapport du 9 février 2010 de ce dernier ne mentionnant pas la durée de son suivi de la recourante pour décompensation réactionnelle (AI doc 70, p. 26).

14.

En conclusion, le Tribunal considère que les pièces au dossier ne permettent pas de se convaincre au degré de la vraisemblance prépondérante (voir *supra*, consid. 3.1) des atteintes psychiques dont souffre la recourante. Il n'est donc pas possible de vérifier si son incapacité de travail était inférieure à une année, raison de la décision de refus de rente AI (art. 28 al. 1 let. b LAI ; voir *supra*, consid. 7.2). Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour qu'elle prenne toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé de la recourante, à savoir déterminer le caractère invalidant des affections psychosomatiques dont semble souffrir la recourante selon les indicateurs posés par l'ATF 141 V 481.

15.

15.1 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du TAF C-3038/2016 consid. 12 et les références). Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît

disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

15.2 Dans le cas d'espèce, il ressort en effet du dossier que l'analyse médicale de l'état de santé psychique de la recourante est lacunaire et mérite un éclaircissement.

16.

Il s'ensuit que le recours est admis et la décision du 15 octobre 2020 annulée.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision.

17.

17.1 Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

17.2 Conformément aux art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.0), la partie ayant obtenu gain de cause reçoit une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnées. Les honoraires des représentants sont fixés lorsque, comme en l'occurrence, aucune note d'honoraire a été produite, sur la base du dossier (art. 14 al. 2 FITAF ; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4, 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), selon l'appréciation de l'autorité, compte tenu de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que les représentants ont dû y consacrer. En l'espèce, compte tenu des affaires similaires, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'OAIE.

Le dispositif se trouve sur la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision attaquée annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais versée par la recourante s'élevant à Fr. 800.- lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

4.

L'autorité inférieure versera à la recourante une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'800.-.

5.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julie Cyprien

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à la Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :