



---

Cour III  
C-6897/2011

## Arrêt du 24 octobre 2013

---

Composition

Francesco Parrino, juge unique,  
Yann Grandjean, greffier.

---

Parties

X. \_\_\_\_\_,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 28 novembre 2011).

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

X.\_\_\_\_\_ est une ressortissante portugaise. Née le (...) 1955, elle est domiciliée au Portugal. L'intéressée a travaillé en Suisse, de manière irrégulière, de 1987 à 1994, en qualité d'employée de ménage (pce 5).

**B.** Le 13 décembre 1996, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 1994. Son taux d'invalidité reconnu était de 51%. Le 11 octobre 1995, un rapport du Dr A.\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué chez l'assurée un syndrome douloureux généralisé, un status après une fracture du métatarse II du pied gauche et une probable ostéonécrose de l'articulation métatarsophalangienne III gauche après contusion du pied le 11 décembre 1990 et un status après contusion voire distorsion du pied gauche le 23 juillet 1993.

**C.** La demi-rente de l'assurée a fait l'objet d'une première procédure de révision qui a conclu à son maintien, avec un degré d'invalidité inchangé (voir notamment la décision du 26 juin 2006; pce 36).

**D.** Le 31 août 2009, une nouvelle procédure de révision a abouti au maintien de la demi-rente d'invalidité (pce 51).

Lors de l'instruction de cette procédure de révision, le Dr B.\_\_\_\_\_ a pris position dans un rapport du 22 août 2009 (pce 50) sur la base d'un formulaire E 213 daté du 15 mai 2009 (pce 46). Selon ce médecin, il n'y avait pas eu de changement significatif dans la pathologie de l'assurée, à savoir un syndrome douloureux somatoforme confirmé à plusieurs reprises. Il confirmait l'incapacité de travail à un degré inchangé (51%).

Le formulaire E 213 évoqué, émanant de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et daté du 15 mai 2009, fait état notamment d'un syndrome dépressif majeur. Le reste du diagnostic est illisible (pce 46).

**E.**

Le 8 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande de révision de sa demi-rente d'invalidité (pce 66). Cette demande était accompagnée de la documentation médicale suivante:

- une note médicale émanant du Dr D.\_\_\_\_\_ et datée du 31 octobre 2006 attestant d'une hyperexcitabilité subcorticale (pce 55),

- trois rapports médicaux des Dresses E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ datés du 3 février 2009 (pce 56),
- des photographies non datées de la recourante (pce 54),
- un rapport radiologique du Dr G.\_\_\_\_\_ daté du 25 novembre 2009 attestant d'un thorax normal, de changements dégénératifs marqués dans le rachis cervical inférieur sous la forme d'une spondylodiscarthrose ébauchée, d'une déminéralisation osseuse diffuse, réalisant des signes d'arthrose, plus évidente dans l'articulation de la main gauche, sous la forme d'une rhizarthrose du pouce (pce 57),
- un rapport radiologique de la Dresse H.\_\_\_\_\_ daté du 21 juillet 2010 attestant d'une microlithiase rénale débutante (présence de calculs) et de kystes parapyéliques (pce 58),
- deux notes manuscrites illisibles du Dr I.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2011 (pce 59) et de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2011 (pce 60)
- un rapport radiologique du Dr K.\_\_\_\_\_ daté du 13 mai 2011 attestant la présence de microcristaux au niveau rénal et de kystes parapyéliques (pce 61),
- une déclaration du Dr L.\_\_\_\_\_ du 16 mai 2011 attestant que l'assurée le consultait depuis le 10 décembre 2004 pour un syndrome dépressif majeur récurrent, l'empêchant de travailler (pce 62),
- un certificat médical du Centro de saude termas de (...) daté du 28 juin 2011 établissant quatre diagnostics: un syndrome dépressif majeur récurrent, rendant l'assurée incapable de retourner travailler, des troubles dégénératifs de la colonne et de l'appareil locomoteur (rachis, épaule, genoux), une hypertension artérielle et une bronchite asthmatique (pce 63),
- une déclaration de la clinique médicale (...) datée du 29 juin 2011 (pces 64 et 65) attestant que l'assurée suit des traitements de physiothérapie depuis le 22 février 2011.

## F.

Le 6 août 2011, le médecin de l'OAIE, le Dr B.\_\_\_\_\_, a pris position sur la documentation médicale fournie par l'assurée (pce 69). Ce médecin relevait que deux certificats étaient partiellement illisibles. Dans la mesure

où ils étaient déchiffrables, ils permettaient de "décrypter" les mots fibromyalgie et diverses douleurs articulaires. Selon le praticien, l'ensemble de cette documentation ne faisait que confirmer que l'assurée se plaint de douleurs et qu'elle est déprimée. Cette documentation ne permettait pas de conclure à un changement significatif depuis la dernière révision.

## **G.**

**G.a** Le 11 août 2011, l'autorité inférieure a notifié à l'assurée un projet de décision indiquant que la demande de révision ne pouvait pas être examinée (pce 70). Suivant en cela la position de son médecin, l'autorité inférieure a motivé sa décision en soulignant que la documentation médicale fournie par l'assurée ne permettait pas d'établir une modification importante de son degré d'invalidité.

**G.b** Le 29 août 2011, invitée à se formuler ses objections, l'assurée a fait savoir qu'elle souffrait de problèmes de santé qui n'existaient ni lors de l'octroi de la rente, ni lors de la révision de celle-ci et sollicitait s'être soumise à une expertise médicale en Suisse (pce 71).

**G.c** Le 7 septembre 2011, l'autorité inférieure a fait savoir à l'assurée qu'il lui appartenait de faire parvenir une nouvelle documentation médicale et lui a imparti un délai pour ce faire (pce 72).

**G.d** Les 17 octobre et 9 novembre 2011, l'assurée a produit une déclaration du Dr L. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2011 (pces 73 et 76) dont le contenu est identique à une pièce figurant déjà au dossier (pce 62).

**G.e** Le 23 novembre 2011, le médecin de l'OAIE, le Dr B. \_\_\_\_\_, a pris position sur cette dernière pièce (pce 78). Soulignant que ce certificat était succinct, le médecin relevait que ce document ne comportait aucune information objective nouvelle et que le diagnostic n'était pas étayé. Il confirmait sa position.

## **H.**

Le 28 novembre 2011, l'autorité inférieure a rendu une décision de non-entrée en matière sur la demande de révision présentée par l'assurée le 8 juillet 2011 (pce 79). L'autorité inférieure fondait sa décision sur l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) qui dispose que la demande de révision doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'autorité inférieure a estimé, suivant en cela la position de son

médecin, que tel n'était pas le cas et que la demande de révision ne pouvait être examinée.

**I.**

Par acte du 21 décembre 2011, complété par acte du 5 mai 2012 (recte: 5 mars 2012), l'assurée a fait recours contre la décision du 28 novembre 2012 (pces TAF 1 et 4). A l'appui de son recours, l'assurée a fait valoir qu'une commission médicale portugaise l'avait reconnue invalide à 100%. Elle a produit des pièces, à savoir des documents médicaux (annexes pce TAF 4) figurant déjà au dossier (pces 59, 60, 63, 73 et 76).

**J.**

Le 16 juillet 2012, l'autorité inférieure, invitée à répliquer, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée (pce TAF 8). Elle fait valoir que la recourante n'a pas rendu plausible la modification de son invalidité modifiant le droit à une rente et que partant les conditions requises à l'ouverture d'une procédure de révision n'étaient pas réunies.

**K.**

**K.a** Le 21 mars 2013, la recourante a produit des radiographies et divers documents médicaux (pce TAF 13).

**K.b** Invitée à formuler ses observations, l'autorité inférieure a, le 17 juillet 2013, réitéré ses conclusions (pce TAF 19). Elle a en outre produit les avis de deux médecins:

- la prise de position du Dr M. \_\_\_\_\_ datée du 1<sup>er</sup> mai 2013, établissant que les diagnostics formulés étaient déjà connus (syndrome somatoforme, fibromyalgie) et qu'aucune modification pertinente n'était attestée. Ce médecin relevait que les douleurs aux épaules, au dos et au genou sont absorbées par les diagnostics de syndrome somatoforme et de fibromyalgie. S'agissant des aspects neurologiques et psychiatriques, le praticien affirmait que les symptômes sont les mêmes depuis des années. Il a conclu que les plaintes subjectives de la recourante ne devraient objectivement pas l'empêcher d'exercer une activité professionnelle légère à raison de 4 à 6 heures (par jour),
- une prise de position du Dr N. \_\_\_\_\_ datée du 11 juin 2013 selon laquelle les documents figurant au dossier ne permettaient pas de dire avec certitude que l'état de santé de la recourante a changé. Il a relevé également que les diagnostics évoqués étaient connus. Il sou-

lignait qu'aucun historique, aucun état psychique ni aucun résultat n'est décrit.

#### **L.**

Le 7 octobre 2013, l'assurée a produit une déclaration du Dr L. \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2013 (pce TAF 23) dont le contenu est identique à des pièces figurant déjà au dossier (pce 62, 73 et 76).

#### **M.**

Invitée à payer une avance de frais de 400 francs par décision incidente du 25 juillet 2012, la recourante s'en est acquitté dans le délai imparti (pces TAF 10 et 11).

### **Droit :**

#### **1.**

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

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.3** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

## **2.**

**2.1** La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

**2.2** L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1<sup>er</sup> avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement) – et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

**2.3** Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord - en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.4** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

### **3.**

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

**3.2** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGa) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

#### 4.

**4.1** Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (ATF 125 V 368 consid. 2).

**4.2** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

#### 5.

**5.1** La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011).

**5.2** La procédure de révision initiée d'office par l'administration est distincte de la procédure de révision initiée par l'assuré. En application de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le prin-

cipe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3).

A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurances sociales. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

**5.3** Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente ou de son octroi ou encore de sa reconduction précédée d'une révision matérielle du droit avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la demande de révision (cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006). Une précédente reconduction de rente a la même valeur qu'une décision antérieure si celle-ci est intervenue à la suite d'une révision matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1).

**5.4** 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. 2 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007).

Le juge saisi d'un litige relatif à un refus d'entrer en matière sur une demande de révision de rente d'invalidité ne prend en considération que les pièces dont disposait l'office intimé pour statuer sur la recevabilité de la demande, sauf circonstances particulières (ATF 130 V 64 consid. 5.2.4).

## **6.**

**6.1** En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, est celle du 31 août 2009 (pce 51). C'est donc cet état de fait qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision querellée, c'est-à-dire le 28 novembre 2011 (pce 79).

**6.2** Au moment de la dernière révision, le 31 août 2009, le diagnostic était celui d'un syndrome douloureux somatoforme et d'un syndrome dépressif majeur. A ce moment, l'autorité inférieure n'avait reconnu aucune détérioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante. Le degré d'invalidité était alors jugé inchangé depuis la dernière révision, c'est-à-dire 51%.

**6.3** Au cours de l'examen de sa demande de révision, la recourante n'a pas expressément formulé en quoi son état de santé se serait détérioré. Elle a cependant produit divers documents médicaux. Il convient d'abord d'écarter les documents illisibles et ceux qui datent de 2006 et d'avant août 2009. Ces derniers ne peuvent en effet pas attester de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante au moment de la décision contestée (en 2011), encore moins d'une aggravation de cet état de santé durant la période considérée. De surcroît, ils ont été pris en compte à l'occasion de précédente de procédure de révision (décision du 31 août 2009). Il faut en outre écarter les documents produits le 21 mars et 7 octobre 2013, soit bien après la date de la décision attaquée (cf. consid. 5.4 ci-dessus).

## **6.4**

**6.4.1** S'agissant des documents médicaux postérieurs à août 2009, plusieurs évoquent un syndrome dépressif majeur récurrent. Tel est le cas du rapport radiologique du Dr G.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2009 et du certificat médical du Centro de saúde termas de (...) du 28 juin 2011 et des déclarations du Dr L.\_\_\_\_\_ datées des 16 mai et 26 septembre 2011 (pces 57, 62, 63, 73, 76). Selon le médecin de l'OAIE, le Dr M.\_\_\_\_\_, les symptômes psychiatriques sont les mêmes depuis des années (pce TAF 19). Tant le syndrome douloureux somatoforme que le

syndrome dépressif majeur évoqués dans les documents médicaux fournis par la recourante figuraient déjà dans les conclusions de la précédente procédure de révision (pces 46, 50 et 51).

**6.4.2** Le certificat médical du Centro de saúde termas de (...) du 28 juin 2011 atteste encore de troubles dégénératifs de la colonne et de l'appareil locomoteur (râchis, épaule, genoux), d'une hypertension artérielle et d'une bronchite asthmatique. L'autorité de recours peut faire sienne l'appréciation des médecins de l'autorité inférieure selon laquelle les douleurs sont absorbées par les diagnostics de syndrome somatoforme et de fibromyalgie. Quant aux diagnostics d'hypertension artérielle et de bronchite asthmatique, comme la présence de microcristaux au niveau rénal et de kystes parapyéliques, le Tribunal peut rejoindre, également, les appréciations des médecins de l'autorité inférieure pour affirmer que cela est sans signification, en l'absence d'autres explications, sur la capacité de travail de la recourante (pces 58, 61, 63, 69 et TAF 19).

**6.4.3** Le certificat médical du Centro de saúde termas de (...) daté du 28 juin 2011 et la déclaration du Dr L.\_\_\_\_\_ datée du 16 mai 2011 (pces 62 et 63) attestent d'une incapacité de travail de la recourante. Ces deux documents n'étaient toutefois en rien leur conclusion. L'autorité inférieure ne pouvait ainsi pas retenir ces avis. De plus, ces documents ne témoignent pas d'une aggravation de la capacité de travail.

**6.4.4** Les médecins de l'autorité inférieure ont conclu que les documents médicaux produits par la recourante ne faisaient que confirmer les diagnostics antérieurs. Tel est le cas des prises de position du Dr B.\_\_\_\_\_ des 6 août et 23 novembre 2011 (pces 69 et 78), ainsi que de celles des Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> mai et 11 juin 2013 (pce TAF 19). Ces prises de position appellent encore deux remarques.

Premièrement, les prises de position des Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ se fondent certes sur des documents médicaux produits postérieurement à l'intervention du Dr B.\_\_\_\_\_. Cependant, soit ces documents avaient déjà été produits (pces 59, 60, 63, 73 et 76), soit leur contenu était identique à une pièce figurant déjà au dossier (pces 62, 73 et 76). Ces médecins sont arrivés à des conclusions concordantes, à savoir une absence d'évolution de l'état de santé de la recourante, qui peut être confirmée, en tout cas pour la période jusqu'à la date de la décision attaquée.

Secondement, il est vrai que le Dr N.\_\_\_\_\_, s'exprimant bien après la date de la décision attaquée, affirme que les pièces du dossier ne per-

mettent pas d'établir avec certitude une modification de l'état de santé. Cette affirmation pourrait laisser entendre qu'une modification de l'état de santé reste plausible. Cependant, il a ajouté que les diagnostics évoqués étaient connus et qu'aucun historique, aucun état psychique ni aucun résultat n'est décrit. Le praticien ne formule ainsi aucun désaccord avec les prises de position antérieures.

**6.4.5** La recourante allègue encore qu'une commission médicale portugaise l'aurait reconnue invalide à 100%. L'autorité de recours rappelle que les décisions étrangères en la matière ne sauraient lier l'administration et le juge suisses (consid. 2.4). Quoi qu'il en soit, la recourante n'apporte aucun moyen pour prouver son allégation.

**6.4.6** L'autorité de recours souligne que la plausibilité doit porter sur une modification de l'invalidité de la recourante. En l'espèce, si la recourante affirme que son état de santé s'est détérioré, aucune des pièces médicales produites jusqu'à la date de la décision attaquée ne fait état d'une dégradation de son état de santé ou de sa capacité de travail depuis la dernière révision. Non seulement les documents produits évoquent des diagnostics déjà constatés lors de la précédente procédure de révision, mais ils n'établissent pas une quelconque évolution négative de l'état de santé de la recourante. Pour ces motifs, l'autorité de recours doit rejoindre l'autorité inférieure et constater que la recourante n'a pas rendu plausible, à la date de la décision attaquée, une modification de son état de santé justifiant l'ouverture d'une procédure de révision.

## 7.

Vu ce qui précède, le recours étant manifestement infondé, il doit être rejeté et la décision attaquée confirmée dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85<sup>bis</sup> al. 3 LAVS en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

## 8.

**8.1** Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

**8.2** Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge de la recourante et sont compensés avec l'avance de frais de même montant déjà fournie.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + accusé de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

Le juge unique :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Grandjean

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

**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 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :