

# **BVGer C-1133/2016 vom 15. Oktober 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-10-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1133\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1133_2016)

FR: TAF C-1133/2016 du 15 octobre 2018

IT: TAF C-1133/2016 del 15 ottobre 2018

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le TAF connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

### **E. 1.2**

La procédure devant le TAF en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

### **E. 1.3**

Le requérant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

### **E. 1.4**

Le recours a été déposé en temps utile ainsi que dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA; voir également la décision incidente du 7 juillet 2016 du TAF [TAF pce 8]). En outre, l'assuré a été dispensé du paiement des frais de procédure (TAF pce 8). Partant, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond du recours.

### **E. 2.1**

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

### **E. 2.2**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office (cf. art. 12 PA) et librement (cf. ci-dessus); l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité

inférieure dans sa décision (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3ème édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Toutefois, 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, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.1**

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (notamment : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la cause doit être examinée à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 7 janvier 2016, le moment où la décision attaquée a été rendue (AI pce 206). Il est, de plus, rappelé que le pouvoir d'examen du TAF est limité aux faits survenus jusqu'à la date de cette décision attaquée (notamment : ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

### **E. 3.2**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant portugais a été assuré en Suisse (AI pce 159) et vit de nouveau dans son pays d'origine. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Compte tenu de la période pendant laquelle se sont déroulés les faits déterminants (cf. 3.1 ci-dessus; arrêt du TF I 484/05 du 13 avril 2006 consid. 1.2, non publié dans les ATF 132 V 244), il sied de considérer que l'annexe II de l'ALCP a été modifiée avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]). Pour cette raison sont en l'occurrence déterminants jusqu'au 31 mars 2012 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 (RS 0.831.109.268.1), le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11) et, ensuite, depuis le 1er avril 2012 le 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) et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C\_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Toutefois, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de dispositions contraires, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n°

883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1). Par ailleurs, conformément à l'art. 3 du règlement n° 1408/71 et de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

#### **E. 4**

Dans le cas concret, le litige porte sur la question de savoir si la décision du 7 janvier 2016 de l'OAIE, rejetant la demande de prestations du 1er juin 2014, est bien fondée. Le recourant soutient qu'il présente une incapacité de travail donnant droit à une rente d'invalidité.

#### **E. 5.1**

Le recourant a présenté sa demande de prestations le 1er juin 2014 (AI pce 147) alors qu'une demande précédente a été rejetée par décision du 19 février 2008 de l'Office AI cantonal (AI pce 126) contre laquelle l'assuré a interjeté recours. Par arrêt du 15 juin 2009 du Tribunal cantonal des assurances sociales (AI pce 145), rejetant le recours formé par l'assuré, cette décision a été confirmée et remplacée (cf. Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, ch. 3.191 s. pp. 224 s.). L'arrêt du Tribunal cantonal est entré en force, le recourant n'ayant pas recouru contre celui-ci. Lors de l'examen de la nouvelle demande de prestations de l'assuré du 1er juin 2014, ledit arrêt du Tribunal cantonal et l'état des faits jugé en son temps restent déterminants.

#### **E. 5.2**

En effet, aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque l'autorité examine une nouvelle demande de prestations de l'assuré après un premier refus de prestations, l'administration n'entrera en matière que s'il apparaît établi de façon plausible que l'invalidité de la personne assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits. On entend par là éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes affaires, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification déterminante (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1, 130 V 68 consid. 3.2.3, 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

#### **E. 5.3**

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit vérifier si la modification du degré d'invalidité est réellement intervenue en procédant de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (ATF 130 V 64 consid. 2, 117 V 198 consid. 3a; notamment : arrêts du TF 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2, I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1, 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision

précédente, passée en force, elle rejette la demande (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du TF 9C\_589/2017 du 17 avril 2018 consid. 4). Dans le cas inverse, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence (arrêt du TF 132/03 cité consid. 2). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 108 consid. 2b).

#### **E. 5.4**

Le point de savoir si une telle modification déterminante s'est produite doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision rejetant la demande de prestations entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et les circonstances régnant à l'époque de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1, 130 V 71 consid. 3.2, 125 V 368 consid. 2 et références; arrêts du TF 9C\_589/2017 cité consid. 4, 9C\_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2).

#### **E. 5.5**

En l'espèce, l'OAIE a examiné la nouvelle demande de prestations du 1er juin 2014 sur le fond et la rejetée par la décision querellée du 7 janvier 2016. Compte tenu de ce qui précède, l'état de fait jugé par l'arrêt du 15 juin 2009 du Tribunal cantonal entré en force, limité au 19 février 2008 lorsque la décision de l'Office AI cantonal alors contestée a été rendue (notamment : 132 V 215 consid. 3.1.1), constitue le point de départ temporel pour examiner si une modification du degré d'invalidité du recourant est survenue entretemps. Partant, le TAF examinera dans le cas concret la question de savoir si l'invalidité du recourant a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 19 février 2008 et ceux qui ont existé jusqu'au 7 janvier 2016.

#### **E. 6**

A titre initial, il est rappelé que l'assuré qui a cotisé de nombreuses années à l'AVS/AI suisse (263 mois; AI pce 159) remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations de l'art. 36 al. 1 LAI, selon lequel a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisation à l'AVS/AI dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne (cf. FF 2005 p. 4065 et les art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004). Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi et si l'invalidité s'est modifiée d'une façon déterminante depuis le 19 février 2008 au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 5.3 et 5.5 ci-dessus).

#### **E. 7.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (délai de carence; ATF 143 V 547 consid. 3.2; voir aussi ATF 140 V 2 consid. 5.3). L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

### **E. 7.2**

Au vu des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, il faut comprendre par invalidité, 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. Eu égard à 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. Selon l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'art. 6, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA stipule qu'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. Dès lors, la notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

### **E. 7.3**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

### **E. 7.4**

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'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%, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATF 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 28 al. 1<sup>ter</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 29 al. 4 LAI).

### **E. 8.1**

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit de règle générale la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) - aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) - l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Elle s'applique lorsque l'administration - comme en l'occurrence (cf. consid. 5.5) - entre en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt du TF 8C\_182/2018

du 17 juillet 2018 consid. 3.2). Concrètement, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme dans le cas concret (cf. consid. 6 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). 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 fonctionnelles. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). Nonobstant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire la question de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au Tribunal de l'effectuer (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 140 V 193 consid. 3.2).

## **E. 8.2**

Le Tribunal examine les preuves d'office et librement (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6, 137 V 210 consid. 1.3.4; cf. aussi consid. 2.1 et 2.2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8; arrêt du TF 8C\_633/2017 du 16 février 2018 consid. 4.3.4), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

## **E. 8.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

### **E. 8.3.1**

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et références). Il faut en outre que le médecin possède les titres nécessaires dans les spécialités médicales déterminantes (notamment : arrêt du TF 9C\_415/2017 du 21 septembre 2017 consid. 3.1 et références; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 2910 p. 799).

### **E. 8.3.2**

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes du service médical de l'OAIE mais en de telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Ces rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation médicale sans établir les raisons pour

lesquelles des appréciations différentes ne sont pas retenues (cf. arrêts du TF 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s., 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). La valeur probante de ces rapports présuppose également que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Une instruction complémentaire est requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports du service médical SMR (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêts du TF 9C\_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3 s., 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 2920 p. 799).

### **E. 8.3.3**

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du TF 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

### **E. 8.4**

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

### **E. 9.1**

Le Tribunal cantonal, dans son arrêt du 15 juin 2009 (AI pce 145) limité à l'état de fait présent le 19 février 2008, s'est fondé d'un point de vue médical sur le rapport d'expertise du 14 novembre 2006 de la MEDAS D.\_\_\_\_\_, établi par les Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et psychosomatique, I.\_\_\_\_\_, médecin interniste et pharmacologie clinique FMH, J.\_\_\_\_\_, médecin pour psychiatrie et psychothérapie FMH et K.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH (AI pce 123). Les experts avait alors posé comme diagnostics (AI pce 123 pp. 41) ayant des répercussions sur la capacité de travail un syndrome douloureux des parties molles suite à des tendinopathies d'insertions et une dysbalance musculaire lombaire (depuis 1996) et cervicobrachiale (depuis 2004), une arthralgie droite de l'articulation de la cheville depuis 1996, une maladie de Dupuytren de stade IV bilatérale, plus à gauche qu'à

droite, une hyperostose vertébrale engainante principale (DISH aussi appelée maladie de Forestier) de la colonne vertébrale thoracique centrale et inférieure ainsi que de la colonne lombaire inférieure depuis 2003, une hernie discale L5/S1 avec suspicion d'un syndrome spasmogène radiculaire intermittent gauche, des hernies discales cervicales C3/C4 et C5/C6 sans radiculopathie, une ostéochondrose et spondylarthrose L4-S1 (radiologique), une pré-arthrose de la partie supérieure de l'articulation de la cheville latérale après fracture malléolaire en octobre 1996 (radiologique), un tinnitus et une diminution de l'ouïe gauche depuis 1991. Comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, les experts ont noté des facteurs psychiques et comportementaux liés au syndrome douloureux des parties molles et à l'arthralgie ainsi qu'une hypertonie artérielle, compensée d'une manière médicamenteuse, dès 1996. Le Tribunal cantonal a considéré (AI pce 145 p. 7) que les experts ont pu confirmer plusieurs diagnostics observés précédemment tels le syndrome douloureux des parties molles mais que les diagnostics de trouble somatoforme ou de trouble douloureux somatoforme n'ont pas été confirmés. Par ailleurs, le TAF constate que les experts ont estimé que la symptomatologie corporelle et ses corollaires (tendomyopathies et dysbalance musculaire) ainsi que les dégénéralions de la colonne vertébrale, clairement confirmées par l'imagerie radiologique, limitaient l'assuré en raison de ses douleurs, ménagements et déconditionnements respectifs et réduisaient sa mobilité. Sur le plan psychiatrique, le Dr J. \_\_\_\_\_ a expliqué les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu un véritable trouble psychique et qu'il n'y avait pas de limitations significatives, les facteurs étrangers à l'invalidité - les qualifications professionnelles et connaissances linguistiques manquantes, un fonctionnement simple (AI pce 123 p. 45) - ayant été plus déterminants (AI pce 123 pp. 45 ss et 57 ss). Le Tribunal cantonal a alors observé (AI pce 145 p. 8) que le rapport d'expertise décrivait les constats médicaux d'une façon convaincante et compréhensible, qu'il tenait compte d'une manière détaillée des rapports médicaux précédents et prenait notamment position sur les différentes radiographies et qu'il exposait comment les constats objectifs pouvaient expliquer ou, cas échéant, n'expliquaient pas les résultats de l'examen clinique. L'expertise remplissant ainsi, selon le Tribunal cantonal, les conditions jurisprudentielles et il a conclu que l'expertise ne pouvait pas être mise en cause par le psychiatre traitant, le Dr L. \_\_\_\_\_ qui dans son dernier rapport du 2 avril 2008 (AI pce 139 p.p. 25 s.) a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient, a posé les diagnostics d'un trouble somatoforme douloureux sévère et d'un trouble dépressif moyen et a attesté une incapacité de travail totale avec mauvais pronostic. Le Tribunal cantonal a également noté que les rapports des 23 et 24 juillet 2007 du centre psychiatrique Hard où l'assuré a été hospitalisé de son propre gré du 20 juin au 23 juillet 2007 pour cause de tristesse et de pensées suicidaires (AI pce 139 pp. 20 à 24) ne pouvaient pas non plus remettre en question le rapport d'expertise de la MEDAS, ne s'étant, de surcroît, pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Par conséquent, le Tribunal cantonal a conclu (AI pce 145 p. 8) qu'il pouvait suivre les résultats du rapport d'expertise du 14 novembre 2006 et a retenu que l'assuré présentait dans une activité adaptée une pleine capacité de travail, soit dans une activité légère ou parfois moyennement lourde, sans mise à contribution du dos et permettant des postions alternées. Le Tribunal cantonal a également soulevé que les experts ont estimé que l'exercice de l'ancienne activité professionnelle qui est une activité physiquement lourde n'était exigible qu'à 25% depuis le 1er mai 1997, conformément à la décision de la SUVA (AI pce 123 pp. 46 s.). De plus, le TAF constate que les experts ont spécifié qu'en raison de la maladie de Dupuytren la dextérité manuelle de l'assuré était restreinte et la surdité et le tinnitus proscrivaient une exposition aux bruits

(AI pce 123 pp. 46 s.).

### **E. 9.2.1**

Pour la décision querellée du 7 janvier 2016, l'OAIE disposait dans un premier temps des documents médicaux suivants : - le rapport médical manuscrit du 5 novembre 2013 du Dr M. \_\_\_\_\_ (AI pce 180), - l'évaluation de l'incapacité de travail manuscrite du 8 juillet 2013, faisant état d'une hernie discale L5-S1 et d'une hernie cervicale C3-C4 justifiant une incapacité de travail totale (AI pce 10), - les résultats du 4 octobre 2013 du Holter, signé du Dr N. \_\_\_\_\_ du centre de cardiologie (AI pce 13), - le rapport médical détaillé E 213 du 4 octobre 2013 établi par le Dr O. \_\_\_\_\_ qui pose comme diagnostic un syndrome dépressif, une maladie de Dupuytren à la main gauche, une pathologie dégénérative ostéoarticulaire de la colonne vertébrale, une perte auditive et un bourdonnement ; ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré (AI pce 11), - le résultat du 16 octobre 2013 de l'examen par TAC (tomographie axiale informatisée) cérébral, signé du Dr P. \_\_\_\_\_ (AI pce 14), - le résultat du 7 novembre 2013 de l'examen radiologique de la colonne cervicale et lombaire, signé du Dr Q. \_\_\_\_\_ (AI pce 15), - le résultat du 7 novembre 2013 de l'examen d'effort sur tapis roulant, signé du Dr N. \_\_\_\_\_ qui conclut que le résultat ne démontre aucune altération suggestive d'ischémie et que la réponse chronotrope et tensionnelle ainsi que la capacité fonctionnelle sont normales (AI pce 17), - le rapport médical du 12 février 2014 du Dr R. \_\_\_\_\_ qui fait état de hypertension artérielle systémique, de discopathies cervicales, de status post-opératoire de la contracture de Dupuytren à la main droite en traitement de physiothérapie ; ce médecin énumère également les médicaments prescrits (AI pces 18 et 163), - les résultats du 22 mars 2014 des examens par TAC de la colonne lombaire et cervicale, signés du Dr S. \_\_\_\_\_ (AI pce 19), - le rapport du 2 avril 2014 de la Dresse T. \_\_\_\_\_ qui note comme diagnostics une hypertension artérielle systémique, des atteintes ostéoarticulaires dégénératives et chroniques avec limitation fonctionnelle, un status post-opératoire du traitement chirurgicale de la maladie de Dupuytren à la main droite, en traitement de physiothérapie et avec mauvais rétablissement, en attente d'une intervention à la main gauche ; la médecin note également les médicaments prescrits et fait état d'une aggravation de la pathologie ostéoarticulaire, associée à une discopathie cervicale et lombaire, transcrit les résultats de l'examen du 22 mars 2014 par TC cervical et lombaire (AI pces 20 et 164), - le résultat du 27 mai 2014 de l'examen par l'échocardiogramme, signé de la Dresse U. \_\_\_\_\_ (AI pce 21), - le rapport médical du 2 juillet 2014 informant du traitement de la maladie de Dupuytren par fasciectomy palmaire partielle de la main gauche pratiquée le 5 février 2014 et ayant nécessité une hospitalisation de l'assuré du 5 au 7 février 2014 (AI pce 162), - le rapport du 4 novembre 2014 du Dr V. \_\_\_\_\_, assistant diplômé d'orthopédie, qui note que l'assuré a été opéré de la maladie de Dupuytren à droite et que l'intervention de la main gauche est prévue, qu'il souffre d'un cadre dégénératif de la colonne lombaire avec crises fréquentes, nécessitant un traitement conservateur et de physiothérapie, qu'il présente une nouvelle crise de sciatalgie et atteinte au L5 avec diminution de la force apparente de l'extension d'hallux droit (AI pce 22), - le rapport du 6 novembre 2014 du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, qui informe que le premier rendez-vous pour le suivi d'une dépression et d'un état d'anxiété a été fixé au 17 décembre 2014 (AI pces 23 et 165), - le résultat du 26 novembre 2014 de l'examen par doppler artériel du membre inférieur droit, signé du Dr X. \_\_\_\_\_ (AI pce 166), - le rapport du 18 mars 2015 du Dr W. \_\_\_\_\_ qui informe que l'assuré suit des consultations pour un syndrome frontal, des séquelles d'un traumatisme cérébral (TCE), une dépression suivie depuis le 23 juillet 2007 et un état

d'anxiété (AI pce 167), - le rapport du 26 mars 2015 de la Dresse T. \_\_\_\_\_ qui note de nouveau une hypertension artérielle systémique, des atteintes ostéoarticulaires dégénératives avec limitation fonctionnelle et les résultats de l'examen par TC cervical et lombaire du 22 mars 2014 ; elle mentionne également un syndrome frontal comme séquelle d'un TCE, une dépression et anxiété suivie en consultation psychiatrique, un status après opération de la contracture de Dupuytren bilatérale avec récupération médiocre et difficultés à mobiliser les doigts ; elle atteste que la pathologie ostéoarticulaire chronique grave implique une impossibilité de travailler (AI pce 168), - le rapport médical du 16 avril 2015, signé de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, faisant état de l'opération du 5 février 2015 de la maladie de Dupuytren par fasciectomy palmaire partielle gauche (AI pce 181). Invité à prendre position sur les documents produits, le Dr E. \_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE, dans son avis du 11 août 2015 (AI pce 185), a résumé dans un premier temps les différents rapports versés en cause. Il a ensuite retenu que l'assuré présentait principalement des affections à la colonne vertébrale et comme diagnostics secondaires, sans répercussions sur la capacité de travail, un status après troubles somatoformes persistants (2008), un status après fracture de la malléole droite (octobre 1996), une lésion du parenchyme cérébral gauche temporal (détection en mai 1996) après être tombé dans les escaliers en 1988, une diminution de l'ouïe gauche plus qu'à droite et des palpitations. Il a considéré que l'assuré présentait comme en 2006 déjà une perte auditive, des palpitations, des troubles psychiques plutôt moins marqués ainsi qu'une lésion du parenchyme cérébral gauche temporal, probablement après une chute dans les escaliers. Il a également estimé que les troubles à la colonne vertébrale correspondent principalement à l'âge de l'assuré et que beaucoup de diagnostics posés en 2006 n'ont plus été retenus. S'agissant de la maladie de Dupuytren, il remarque que celle-ci a été restaurée chirurgicalement, dernièrement le 5 février 2015 à la main gauche, et a impliqué durant la convalescence de 3 mois environ une incapacité d'effectuer des mouvements nécessitant la motricité fine et la force de la main gauche. Le médecin de l'OAIE a alors conclu que l'assuré présentait toujours, comme en 2006 déjà, dans son ancienne activité habituelle, une incapacité de travail de 75% mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, lui permettant des positions de travail alternées.

### **E. 9.2.2**

Dans le cadre de la procédure d'audition, les rapports suivants ont été versés : - le rapport médical du 4 novembre 2003 des Drs Z. \_\_\_\_\_ et Aa. \_\_\_\_\_ (AI pce 188), - le rapport médical du 26 octobre 2004 du Dr Bb. \_\_\_\_\_ (AI pce 189), - les résultats du 21 avril 2015 de l'IRM de la colonne vertébrale lombaire et sacrée, signés du Dr Cc. \_\_\_\_\_ (AI pce 190), - le rapport médical du 3 juillet 2015 de la Dresse Dd. \_\_\_\_\_ qui est identique à celui de la Dresse T. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2015 (AI pce 198), - le rapport médical du 27 août 2015 du Dr Ee. \_\_\_\_\_, établi suite à la consultation pour motif de surdité et d'acouphène ; ce médecin prescrit suite à son examen un appareil auditif (AI pce 191), - le rapport médical du 13 septembre 2015 de la Dresse Ff. \_\_\_\_\_ qui fait état de l'examen neurologique de l'assuré qui a perdu connaissance pendant une intervention chirurgicale et conclut qu'il ne souffre pas d'épilepsie (AI pce 192), - le rapport médical du 25 septembre 2015 de la Dresse Ff. \_\_\_\_\_ qui retient comme antécédents un accident de circulation avec TCE en 1970, une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale, une consommation d'alcool modérée, une hypertension artérielle, une contracture de Dupuytren opérée, un suivi psychiatrique pour syndrome frontal après TCE ; suite à son examen, ce médecin confirme l'absence d'épilepsie (AI pce 193), - le rapport médical du 5 octobre 2015 du Dr Gg. \_\_\_\_\_ notant les résultats de l'IRM lombaire et concluant qu'il n'y a pas d'indications chirurgicales (AI

pce 194), - le rapport du 28 octobre 2015 de la Dresse Y. \_\_\_\_\_ qui informe des interventions chirurgicales par fasciectomy palmaire suite auxquelles que l'assuré a été orienté vers des traitements de physiothérapie pour récupération fonctionnelle de la main (AI pce 203). Dans son avis du 21 décembre 2015 (AI pce 205), le Dr E. \_\_\_\_\_ résume les documents médicaux versés en cause et conclut que ceux-ci n'apportent pas d'éléments nouveaux. Il maintient alors son avis précédent.

### **E. 9.2.3**

Dans la présente procédure, le recourant a encore versé en cause le rapport médical du 20 novembre 2015 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ qui tout en rappelant les antécédents médicaux connus, fait état de l'examen clinique de l'assuré lors des consultations des 6 mai et 8 juillet 2015 en médecine physique et de réhabilitation après fasciectomy palmaire partielle pratiquée le 5 février 2015 (AI pce 208). La Dresse G. \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, travaillant pour l'OAIE a considéré dans son avis médical du 26 mai 2016 (TAF pce 7 annexe) que l'assuré est de longue date connu pour une maladie de Dupuytren des deux mains et que le rapport de médecine physique et réhabilitation de la Dresse F. \_\_\_\_\_ fait état d'une certaine amélioration mais prescrit la poursuite de la physiothérapie. La Dresse G. \_\_\_\_\_ explique en outre l'atteinte de Dupuytren et précise que les récurrences après un traitement chirurgical sont possibles. Elle remarque que cette atteinte n'est pas invalidante pour une activité professionnelle ne nécessitant pas une activité fine avec les mains ou de la force dans les mains et, partant, n'empêche d'effectuer une activité professionnelle de substitution sans surcharge au niveau des mains, ni ports de charge, ni travail de force ou travail fin avec les mains. La Dresse G. \_\_\_\_\_ conclut que le rapport adressé en procédure de recours n'amène pas d'élément médical nouveau ou non pris en compte dans les prises de position des 11 août et 21 décembre 2015 qui sont, partant, maintenues.

### **E. 9.2.4**

Au vu de ce qui précède, le TAF constate que l'assuré souffrait le 7 janvier 2016 de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, d'une maladie de Dupuytren opérée par fasciectomy palmaire des deux mains (2013 à droite et 2015 à gauche), d'un déficit de l'acuité auditive appareillée (AI pce 191) et d'un acouphène [AI pce 191]), d'une hypertension artérielle ainsi que d'un trouble psychique, soit d'un syndrome frontal, des séquelles d'un traumatisme cérébral (TCE), d'une dépression et d'un état d'anxiété selon le Dr W. \_\_\_\_\_ (AI pces 23, 165 et 167). Comparée à la situation jugée par l'arrêt du 15 juin 2009 du Tribunal cantonal (cf. consid. 5.5 et 9.1), le TAF peut confirmer à l'instar du Dr E. \_\_\_\_\_ que des diagnostics similaires ont été posés en 2016. Toutefois, en 2016 les diagnostics ont été moins détaillés et les différents médecins n'ont plus mentionné d'arthralgie et de pré-arthrose à la cheville. Cela étant, le Tribunal rappelle que l'assurance-invalidité suisse ne couvre pas les maladies en tant que telles mais les conséquences économiques causées par les maladies (consid. 7.2 ci-dessus) et que, dès lors, les diagnostics sont insuffisants pour décrire une invalidité au sens de la loi. Il faut encore déterminer les limitations fonctionnelles liées aux problèmes de la santé ce qui permet ensuite de se prononcer valablement sur la capacité résiduelle de travail de la personne assurée, et, dans le cas concret, sur un éventuel changement déterminant intervenu depuis le 19 février 2008 (consid. 5.5 et 9.1). Or, le TAF remarque que s'agissant en particulier des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale - dont l'assuré souffre principalement selon le Dr E. \_\_\_\_\_ - les différents rapports médicaux versés dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations de l'assuré du 30 juillet 2013 n'apportent aucune indication

sur les limitations fonctionnelles de l'assuré alors que la présence de celles-ci ont été mentionnées, sans précision aucune, par les Drs O.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et Dd.\_\_\_\_\_ (AI pces 11, 20=164, 168 et 198). Les résultats de l'imagerie médicale (AI pces 14, 15, 19, 190), transcrits par plusieurs médecins sans aucune explication de la situation clinique (AI pces 20 et 164, 168, 198, 194), sont insuffisants pour déterminer les limitations fonctionnelles et les rapports orthopédiques des Drs V.\_\_\_\_\_ et Gg.\_\_\_\_\_ (AI pces 22 et 194), particulièrement succincts, ne fournissent pas de descriptions des constatations cliniques, ni des limitations. Dans cette situation, le TAF n'est pas en mesure de se déterminer sur l'existence de telles limitations et sur une éventuelle modification intervenue depuis 2008. Les attestations des Dresses T.\_\_\_\_\_ et Dd.\_\_\_\_\_ selon lesquelles il y a aggravation de la pathologie ostéoarticulaire (AI pces 20 et 164) et impossibilité de travailler au vu de la pathologie ostéoarticulaire chronique et grave ne peuvent pas non plus être suivies faute de motivation de la part de ces médecins (AI pce 168 et 198). Le dossier médical, ne contenant pas un exposé complet de l'état de santé de l'assuré, est dès lors lacunaire et le TAF ne saurait, contrairement aux médecins de l'OAIE, constater qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré présente toujours une incapacité de travail de 75% dans son ancienne activité de manoeuvre dans la construction mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, légère ou moyennement légère, sans mise à contribution du dos et permettant des positions alternées, étant remarqué que la Dresse G.\_\_\_\_\_ a encore précisé qu'une activité de substitution ne devait pas impliquer une surcharge au niveau des mains, ni ports de charge, ni travail de force ou travail fin avec les mains. Au vu de la maxime inquisitoire (cf. consid. 8.1 ci-dessus), il appartiendra à l'OAIE de compléter le dossier médical et de se prononcer à nouveau sur la question de savoir si une modification déterminante de l'état de santé de l'assuré est intervenue depuis 2008.

### **E. 9.3**

A toutes fins utiles, il sied de rappeler que l'assuré ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait qu'il touche depuis le 19 novembre 2014 une rente d'invalidité au Portugal (AI pce 161) ; le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse étant déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2 ci-dessus).

### **E. 9.4**

En conclusion, le TAF ne peut pas se déterminer sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et donner suite aux conclusions de celui-ci qui demande l'octroi d'une rente.

### **E. 10**

Eu égard à ce qui précède, il sied d'admettre le recours et d'annuler la décision attaquée. En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'affaire est renvoyée à l'OAIE afin qu'il procède à des instructions complémentaires. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé dans sa jurisprudence que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C\_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'Office AI a omis d'instruire l'état de santé de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail d'une manière complète. L'OAIE doit notamment demander un rapport rhumatologique ou orthopédique qui fait état, au sens de la jurisprudence (cf. consid. 8.3.1),

d'une étude circonstanciée de l'état de santé de l'assuré et de ses répercussions sur sa capacité de travail et comportant des conclusions motivées et convaincantes. Il doit par ailleurs actualiser le dossier médical entier à la date de la nouvelle décision à rendre (cf. arrêts du TF 9C\_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1, 9C\_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4) et demander en particulier des nouveaux rapports médicaux complets s'agissant de la maladie de Dupuytren, de l'atteinte aux oreilles et du trouble psychique de l'assuré. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

#### **E. 11.1**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. En effet, le recourant a été libéré du paiement de ceux-ci (TAF pce 8). De plus, suite au renvoi de l'affaire pour complément d'instruction et nouvelle décision, il a obtenu gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2) et, à ce titre, il ne doit pas non plus de frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit aussi pas y participer (cf. art. 63 al. 2 PA).

#### **E. 11.2**

Il n'est pas non plus alloué de dépens. En effet, bien que le recourant ait obtenu gain de cause, il a agi sans représentation professionnelle et n'a pas dû supporter des frais élevés (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Le dispositif se trouve à la page suivante.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.