

BVGer C-2267/2012 vom 18. Juni 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2267_2012

FR: TAF C-2267/2012 du 18 juin 2013

IT: TAF C-2267/2012 del 18 giugno 2013

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

E. 1.2

Conformément à l'art. 3 let. dbis 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. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 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.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi et l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours.

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la

Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/ Michael Beusch/ Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55; Alfred Kölz/ Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 3.1

En l'espèce, A. _____, ressortissant portugais, est citoyen d'un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent est applicable l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109. 268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne sont ainsi pas applicables dans le cas d'espèce).

E. 3.2

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant 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 (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

E. 3.3

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 (art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.4

Le recourant a déposé sa demande de prestations le 17 décembre 2007 (pce 1); celle-ci a été transmise par l'ISS le 17 mars 2009. Or, la lenteur des autorités portugaises ne saurait en l'espèce préteriter les droits de l'assuré et il convient de prendre comme date de référence pour le dépôt de la requête celle du 17 décembre 2007 (arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5284/2009 du 10 février 2012 consid. 2.4; C-2658/2010 du 20 avril 2011 consid. 4.2). Dans ce contexte, il sied de rappeler que le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait

postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (pro rata temporis; ATF 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3.5

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, après le 1er janvier 2008 en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi et pour la période du 1er janvier au 21 mars 2012, en fonction de celles consécutives à la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659; FF 2010 1647), étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5ème et 6ème révision de la LAI pour la période du 1er janvier 2008 au 21 mars 2012, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Ainsi, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 3.6

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 17 décembre 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 21 mars 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI), respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total, dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations AVS/AI de 1985 à 1997 (supra let. A) et partant, remplit la condition liée à la durée minimale de cotisation. Il reste dès lors à examiner s'il peut être qualifié d'invalide au sens de la LAI.

E. 5.1

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). De plus, il n'y a incapacité de gain que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis

le 1er janvier 2008).

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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% 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. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1^{er} LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

E. 5.3

Au vu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; méthode générale).

E. 5.5

Le recourant a travaillé en Suisse en qualité de maçon et de charpentier, notamment dans la construction de tunnel. De retour dans son pays d'origine, il a exercé l'activité d'ouvrier blanchisseur, 8 heures par jour, 40 heures par semaine pour un salaire mensuel de EUR 664.94. Il a travaillé jusqu'au 27 septembre 2005, date à laquelle il a cessé toute activité (pce 20).

E. 5.6

Jusqu'à cette date, le Tribunal peut donc conclure que le recourant n'a subi aucune invalidité au sens de la législation suisse. Pour la période successive, en absence de données économiques, il faut se fonder sur la documentation médicale. En effet, selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être

encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 6.1

L'art. 69 RAI prévoit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 6.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 6.3

Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, 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 en général 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid.

2.3. et les références citées).

E. 7.1

Dans le cas d'espèce, il est établi que A._____ souffre principalement de lombalgies chroniques à l'effort sur protrusions discales L3-L4, L4-L5 et L5-S1 (pces 8 à 11, 24, 44, 57 pp. 3 et 4; TAF pce 17), ainsi que de trouble dépressif (pces 3, 42 et 51). S'agissant de la gravité et de l'influence de ces affections sur la capacité de travail de l'assuré, au vu des appréciations divergentes des médecins traitants (pces 3, 6, 29, 30, 43, 44 et 57 p. 1) et des médecins internes à l'administration (pces 33, 47, 55 et 60), une expertise pluridisciplinaire a été requise par l'OAIE suite à l'arrêt du TAF C-32/2010 [pces 87 à 89]).

E. 7.2

Dans le cadre de la présente procédure, l'OAIE fonde sa décision de rejet de la demande de rente d'invalidité sur cette expertise pluridisciplinaire effectuée les 23/24 août 2011, laquelle a été requise par le TAF dans son arrêt du 7 décembre 2010, ainsi que sur les prises de position de son service médical (pces 93 et 113; TAF pces 11 et 26). Les experts estiment que l'assuré présente des lombalgies chroniques (M 54.4) avec discopathies lombaires L3-L4, L4-L5, L5-S1 (M 51.9), ainsi qu'une dysthymie (F 34.1), une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) et un probable syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation abusive épisodique (F 10.26). D'un point de vue psychiatrique, les experts concluent à une capacité de travail entière dans toute activité et d'un point de vue somatique, mettent en évidence des limitations fonctionnelles pour les activités lourdes. Ceux-ci estiment que l'intéressé conserve une capacité de travail entière dans des activités légères à moyennement lourdes, ne nécessitant pas de port de poids de plus de 15 kg, ni de mouvements contraignants pour le rachis (pces 86 à 89). Reprenant les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, le service médical de l'OAIE déclare l'assuré capable d'exercer à temps complet tant son activité habituelle que des activités légères à moyennement lourdes respectant ses limitations fonctionnelles, entraînant une perte de gain de 24% selon le calcul du degré d'invalidité effectué le 21 octobre 2011 en tenant compte que son ancienne activité est décrite comme lourde par son employeur (pces 95 et 100).

E. 7.3

Quant au recourant, il continue à se référer aux rapports de ses propres médecins et met en évidence que ses maladies, autant somatiques que psychiques, l'empêchaient de travailler dans toute activité et d'effectuer les tâches de la vie courante. Il conteste les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, estimant que les experts ont mal évalué l'étendue de ses douleurs et ne l'ont pas pris au sérieux; il fait de plus valoir une aggravation de son état de santé du point de vue psychique depuis l'expertise effectuée, notamment en réaction à l'échec de l'opération de son hernie discale. Il verse en cause plusieurs certificats médicaux de ses médecins et psychiatres traitants, dont il ressort qu'il souffre de lombosciatalgies, de protrusions discales à tous les étages, ainsi que d'un syndrome fibromyalgique accompagné d'une dépression majeure résistante à tout traitement qui l'empêche d'effectuer n'importe quelle activité professionnelle (cf. notamment les rapports psychiatriques des 28 décembre 2011 et 23 juillet 2012 des Dr I._____ et O._____, le rapport rhumatologique du Dr N._____ du 31 janvier 2012 et le rapport médical du 14 septembre 2012 du Dr S._____ [pces 109 et 110; TAF pces 8 et 17]).

E. 8

En premier lieu, le Tribunal constate que l'expertise pluridisciplinaire mise en oeuvre en exécution de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 7 décembre 2010 (C-32/2010; pce 63), est très complète et fournie. Elle contient non seulement un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, mais encore fait l'objet d'une appréciation globale dans un rapport de synthèse qui répond aux questions posées et parvient à des conclusions claires et cohérentes. Par ailleurs, un physiothérapeute et un expert en réadaptation, après une évaluation en atelier professionnel, ont également pris position et leur appréciation a été prise en compte lors de l'évaluation globale de la capacité de travail de l'assuré. Cette expertise met notamment en avant une discordance manifeste entre les douleurs alléguées et les atteintes somatiques objectivement attestées et conclut à une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, les conditions pour reconnaître une fibromyalgie n'étant pas réunies. Respectant les critères de qualité décrits par la jurisprudence, l'expertise citée présente ainsi entière valeur probante (cf. consid. 6.2).

E. 9.1

Du point de vue somatique, l'expert rhumatologique confirme les diagnostics déjà établis dans la procédure C-32/2010 et l'on peut dès lors admettre que le recourant souffre de lombalgies chroniques (M 54.5), de discopathies lombaires L3-L4, L4-L5 et L5-S1 (M 51.9) et de status après opération de hernie discale en février 2011 (cf. volet rhumatologique de l'expertise pluridisciplinaire des 23/24 août 2011; pce 89); il ressort en outre que l'assuré ne présente pas d'atteinte radiculaire et a été opéré d'une hernie discale malgré le fait que celle-ci n'était pas indiquée (pce 89, p. 4). Certes, en procédure d'audition, le recourant produit un rapport médical du 31 janvier 2012 du Dr N._____, lequel diagnostique un syndrome fibromyalgique invalidant car accompagné d'un syndrome dépressif chronique (pce 109). Le service médical de l'OAIE ne retient pas d'atteinte fibromyalgique, en se référant à l'expertise pluridisciplinaire effectuée, et met en avant le fait que ni les experts ni les médecins traitants n'ont relevé de tender points pathognomoniques ou d'autres signes permettant de retenir un tel diagnostic; le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) retenus par les experts expliquant les discordances constatées entre les atteintes objectives et les douleurs alléguées. Le Tribunal, ne peut que se rallier à l'avis du service médical de l'OAIE, au vu de la brièveté du rapport médical du Dr N._____, qui ne mentionne pas sur quelle base il diagnostique un syndrome fibromyalgique, se contentant de décrire des douleurs généralisées avec un facteur psychosomatique clair, ce d'autant, qu'aucun autre médecin traitant n'a posé un tel diagnostic auparavant (pce 113).

E. 9.2

Concernant l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré, le Tribunal constate que les rapports médicaux des médecins traitants versés en cause ne permettent pas de mettre en doute les conclusions détaillées et cohérentes de l'expertise rhumatologique. En effet, le Dr S._____, dans son rapport du 14 septembre 2012, déclare uniquement que l'assuré est incapable d'exercer son ancienne activité et doit éviter les efforts nécessitant la force physique, ce qui ne va pas à l'encontre des conclusions retenues par l'expert, et les autres pièces produites confirment uniquement les diagnostics déjà connus (TAF pce 17).

E. 9.3

S'agissant des troubles somatiques de A._____, force est ainsi au Tribunal de suivre l'avis du Dr J._____, médecin de l'OAIE (pces 93 et 113) et des experts consultés, le recourant

n'ayant pas amené d'éléments probants permettant de remettre en cause leur appréciation. Ainsi, le Tribunal retient que l'assuré, bien que ne pouvant plus effectuer de travaux lourds, a toujours présenté une capacité de travail entière dans des activités de substitution légères à moyennement lourdes respectant les limitations fonctionnelles citées par les experts, à savoir sans port répétitif de charges supérieures à 15 kg et sans postures contraignantes pour le rachis lombaire.

E. 10.1

S'agissant des troubles dépressifs de l'assuré, lors de la première procédure pendante devant le TAF (C-32/2010; pce 63), les rapports des médecins traitant faisaient état d'un syndrome dépressif prolongé (pces 3 et 42), qualifié de dysthymie par le Dr I. _____ dans un rapport médical du 16 décembre 2009 (pce 51), qui indiquait que l'assuré était limité dans sa capacité de travail et dans sa vie sociale et familiale en raison de symptômes dépressifs récurrents avec détérioration cognitive, troubles du sommeil et anxiété. Le service médical de l'OAIE qualifiant les symptômes décrits comme légers, avait quant à lui exclu toute incapacité à ce titre. Par la suite, il ressort de l'expertise pluridisciplinaire (volet psychiatrique établi par le Dr M. _____; pce 88) que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue psychique. L'expert décrit une vie sociale limitée, une thymie très légèrement baissée, des troubles du sommeil, des idées mortifères récurrentes et une absence d'envies (anhédonie chronique et absence de libido), ainsi que des traits de personnalité dépendants et passif-agressifs. Diagnostiquant chez l'assuré une dysthymie (F 34.1), un probable syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation abusive épisodique (F 10.26), ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), il estime que ces troubles n'ont pas de valeur incapacitante pour une activité professionnelle, au vu de l'absence de signes spécifiques et durables d'un épisode dépressif majeur, et que, théoriquement, une remise en activité serait même très judicieuse pour une amélioration de l'état psychique.

E. 10.2

Le recourant se prévaut d'une aggravation de son état psychique, se référant aux rapports de ses psychiatres traitants, les Drs I. _____ et O. _____, qui diagnostiquent pour l'un une dépression majeure et pour l'autre un trouble dépressif persistant d'intensité sévère évoluant depuis 2005. A ce sujet, le Dr P. _____, psychiatre interne à l'administration, a pris position le 21 août 2012 (TAF pce 11) et confirmé les conclusions prises par l'expert indiquant que les symptômes décrits ne correspondent pas à un trouble dépressif sévère, mais rejoignent ceux décrits par le Dr M. _____ dans son expertise du mois d'août 2011 (pce 88, p. 4). En l'espèce, le Tribunal constate que les certificats psychiatriques des Dr I. _____ et O. _____ des 28 décembre 2011 et 23 juillet 2012 déposés en procédure de recours (pce 110; TAF pce 8), ne peuvent en rien infirmer les conclusions de l'expertise. En effet, ces documents décrivent en termes plutôt succincts les pathologies de l'assuré, sans procéder à des examens objectifs complets, sans mentionner à partir de quand l'aggravation alléguée est intervenue. Par ailleurs, les symptômes décrits correspondent à ceux que le Dr I. _____ mentionnait dans son rapport du 16 décembre 2009 (pce 51) qu'il déclarait correspondre à une dysthymie. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait qu'ils proviennent de médecins traitant. Or, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (not. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.) et ne doit en principe pas s'écarter sans motifs impératifs des

conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références).

E. 10.3

Par souci de complétude, le Tribunal rappelle que, selon la jurisprudence, la dysthymie ne suffit en principe pas à établir l'existence d'une atteinte psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part d'un assuré. Cette conclusion n'est toutefois pas absolue. Un trouble dysthymique peut dans un cas concret affecter de façon significative la capacité de travail, s'il apparaît en conjonction avec d'autres affections psychiques telles qu'un trouble sévère de la personnalité. Si par contre, sur le plan psychiatrique, seul le diagnostic de dysthymie est posé, cette maladie ne constitue pas une pathologie suffisante pour entraîner une diminution de la capacité de travail au sens de la loi (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3.2.1; 8C_528/2008 du 22 octobre 2008 consid. 3.3; I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1; I 938/05 du 24 août 2006 consid. 4.1 et 5; I 834/04 du 19 avril 2006 consid. 4.1; I 488/04 du 31 janvier 2006 consid. 3.3; I 724/01 du 23 mai 2002 consid. 2b). S'agissant du diagnostic de probable syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation abusive épisodique (F 10.26) retenu par le Dr M. _____, le Tribunal relève qu'il est contesté par l'assuré, qui déclare boire certes régulièrement de l'alcool avec les repas, mais de manière modérée. De plus, au vu de son degré apparemment léger (pce 88, p. 3) et son utilisation épisodique, il n'est pas retenu comme invalidant par l'expert psychiatre. Cet avis n'est pas contesté par les certificats médicaux produits par l'assuré et dès lors il est admis que ce syndrome n'est pas invalidant si l'on considère le trouble psychique dépressif léger non invalidant qui lui est associé. En effet, il ressort de la jurisprudence que la dépendance alcoolique ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi et ne joue un rôle dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). Par ailleurs, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités arrêt 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

E. 10.4

Dès lors, force est au Tribunal de constater que le recourant n'a pas amené de documents présentant une valeur probante suffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique et se rallie à l'avis du service médical de l'OAIE. Dès lors, l'expertise pluridisciplinaire effectuée apportant les éléments nécessaires à l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de blanchisseur et dans des activités adaptées, il n'est pas nécessaire de procéder à une instruction supplémentaire ni en Suisse ni au Portugal. Il convient de retenir que l'assuré ne présente pas d'incapacité en raison de son trouble dysthymique et subit une incapacité totale de travail pour les activités

lourdes. Pour les activités légères à moyennement lourdes respectant ses limitations fonctionnelles par contre, il conserve une capacité de travail entière. Reste à déterminer la perte de gain de l'assuré, étant donné que l'autorité inférieure a finalement retenu, sur la base de formulaire à l'employeur, que l'activité habituelle d'ouvrier dans une usine de blanchisserie était à considérer comme lourde (pces 20 et 95).

E. 11.1

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

E. 11.2

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité, consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

E. 11.3

Cela étant, dans l'évaluation de l'invalidité il importe que les deux termes de comparaison, à savoir le revenu sans invalidité et le revenu d'invalide, soient équivalents, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à une même année de référence et à un même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4). En effet, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie, l'on ne saurait comparer, à titre d'exemple, un salaire suisse avec un salaire portugais. Or, dans le cas d'espèce, l'OAIE a effectué son calcul du taux d'invalidité sur l'année 2007 et sur le marché du travail portugais. Compte tenu du fait que le recourant exerçait au Portugal depuis plusieurs années une activité professionnelle de blanchisseur, cette manière de faire peut être suivie.

E. 11.4

En l'espèce, l'autorité s'est basée sur le salaire mensuel que gagnerait en 2007 le recourant s'il était resté chez son ancien employeur, selon les indications fournies par ce dernier en l'indexant selon les principaux indicateurs économiques (PIE) publiés par l'OCDE. La comparaison des revenus, après un abattement de 10% sur le salaire d'invalidé dans diverses activités légères sur le marché du travail portugais en tant que vendeur, caissier, commis-vendeur, monteur d'appareil électronique ou encore comme ouvrier dans la fabrication d'article de cuir (EUR 581.35), consenti afin de tenir compte des particularités du cas que les statistiques ne prennent pas en compte (cf. 126 V 75 consid. 5), a fait apparaître une perte de gain de 23.77%, seuil bien inférieur à celui de 40% nécessaire pour pouvoir prétendre à l'octroi d'une rente. Ce calcul n'est pas contesté par le recourant.

E. 11.5

In casu, A. _____, avant la survenance de son invalidité, travaillait au Portugal comme ouvrier dans une usine de blanchisserie dans des travaux considérés comme lourds (pce 20) et ce jusqu'au 27 septembre 2005. Pour définir le salaire avant invalidité, il faut donc normalement se référer aux revenus concrètement perçus par l'intéressé au moment de la survenance de l'incapacité, indexés à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, c'est-à-dire 12 mois après la survenance de l'incapacité de travail, soit en septembre 2006 et non en 2007 (art. 29 al. 1 LAI; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et 4.4; ATF 128 V 174). Il ressort du questionnaire pour l'employeur que l'assuré gagnait en 2005 un salaire mensuel de EUR 664.94 en travaillant 40 h/semaine (pce 20). Ainsi, après indexation à l'année 2006, selon l'évolution des gains horaires (PIE; 2005 =100 et 2006 =100.9), on arrive à un salaire mensuel de EUR 670.92 ($[664.94 / 100] \times 100.9$; OECD.Statextracts, marché du travail, revenus, gains horaires (PIE); <http://stats.oecd.org>).

E. 11.6

S'agissant du salaire après invalidité, le service médical de l'OAIIE retient que le recourant conserve une capacité de travail entière dans des activités légères à moyennement lourdes sans soulèvement répété de charges supérieures à 15 kg et sans postures contraignantes pour le rachis (pce 93). L'autorité inférieure a établi de manière correcte une liste de cinq domaines d'activités encore exigibles et correspondants à ces limitations fonctionnelles, procédant à une moyenne entre les salaires médians ressortant des statistiques portugaises éditées par le Bureau international du Travail (BIT) pour ces activités. De ces statistiques (<http://laborsta.ilo.org>; Tabelle O1 Salaires et durée du travail par profession) il ressort un salaire mensuel moyen pour un homme en 2006 de EUR 571.82 (ouvrier dans la fabrication d'articles en cuir: EUR 488.01; monteur d'appareil électronique: EUR 695.27; commis vendeur dans le commerce de gros EUR 661.72 et dans le commerce de détail EUR 526.41; caissier dans le commerce de détail: EUR 486.00). Concernant l'abattement sur le salaire invalide, le Tribunal remarque que l'autorité inférieure dans sa décision du 21 mars 2012 (pces 100 et 113), procède à un abattement de 10% sur le salaire après invalidité Cette distinction n'apparaît pas arbitraire au Tribunal eu égard à l'âge, les circonstances et les restrictions personnelles du recourant lui permettant de travailler dans des activités légères à moyennement lourdes à 100% malgré son atteinte à la santé. Rien au dossier ne permettant d'inférer qu'un tel abaissement serait insuffisant en l'espèce et le Tribunal ne saurait s'en écarter. Partant, après abattement de 10%, le salaire après invalidité de A. _____ se monte à EUR 514.63.

E. 11.7

La comparaison du salaire avant invalidité de EUR 670.92 avec celui après invalidité de EUR 514.63, fait apparaître une perte de gain arrondie à 23% ($[670.92 - 514.63] \times 100 / 670.92$), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dans ce cadre, il est utile de relever que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4 c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a; Ulrich Meyer Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131). Il convient notamment de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local restreint, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Ces circonstances bien que pouvant compromettre la reprise d'une activité ne peuvent être prises en considération dans l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI (VSI) 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

E. 12

Partant, le recours du 25 avril 2012 est rejeté et la décision entreprise confirmée.

E. 13

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée (TAF pces 6, 7 et 9). Toutefois, eu égard au fait que l'assuré a versé deux fois l'avance de frais (TAF pces 12 à 15 et 20), la somme de Fr. 400.-- lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au vu de l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF), le recourant n'étant par ailleurs pas représenté et n'ayant pas fait valoir de frais de défense particuliers.

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