

BVGer C-4464/2007 vom 5. Januar 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-01-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4464_2007

FR: TAF C-4464/2007 du 5 janvier 2009

IT: TAF C-4464/2007 del 5 gennaio 2009

Regeste

Evaluation de l'invalidité

Erwägungen

E. 1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b LAI).

E. 1.1

Conformément à l'art. 37 al. 1 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est soumise à la PA. La procédure en matière d'assurances sociales n'est régie par la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) qu'autant que cette loi, et non la PA, est applicable (cf. art. 3 let. dbis PA; également art. 1 al. 1 LAVS). Le recours a été interjeté dans le délai de l'art. 50 PA et avec le contenu et la forme prescrits par l'art. 52 PA. Le requérant est spécialement atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification; il a ainsi qualité pour recourir (cf. art. 48 al. 1 let. b et c PA; également art. 59 LPGA). Le recours est recevable.

E. 2

Le requérant est citoyen 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, 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 (art. 80a, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, 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).

E. 3

Le recourant peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

E. 4

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

E. 5

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1er janvier 2008), les dispositions de la LPGA 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. Or, l'art. 1 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

E. 6

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1er janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4ème révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ne concernent donc pas cette procédure.

E. 7

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

E. 7.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement

être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 de travail équilibré, 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.

E. 8

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. 1 LAI, depuis la 4^{ème} révision, introduite par la nouvelle du 21 mars 2003).

E. 9

Le recourant a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse en juin 2001, qui a été été rejetée par décision du 11 mars 2002, confirmée par jugement du 15 juillet 2002 (pces 25 et 30). Dans ce dernier, il fut cependant retenu que le recours déposé en avril 2002 contre la décision du 11 mars 2002 constituait une nouvelle demande de prestations AI. Celle-ci, instruite par l'OAIE, fut rejetée dans la décision attaquée devant le Tribunal - la décision du 11 juin 2004 attribuant un droit à la rente à l'intéressé avait auparavant été contestée par le fond de pension du dernier employeur de l'intéressé, dont l'opposition fut partiellement admise.

E. 9.1

Lorsque une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et al. 4 RAI). Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'administration peut le constater et liquider l'affaire par un refus d'entrée en matière, sans autre investigation. Dans le cas contraire, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendu, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la précédente décision - entrée en force - s'impose, elle rejette la nouvelle demande. En revanche, si l'invalidité s'est modifiée, l'autorité doit encore examiner si pareille modification suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations, et statuer en conséquence. Le fait de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision d'occurrence (ATF 125 V 369 consid. 2 et références citées). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et références citées). L'OAIE est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'intéressé; à l'issue de sa procédure, au vu notamment des résultats des investigations menées à la Clinique _____ de _____, l'office a cependant considéré qu'il n'a jamais existé un droit à la rente. Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal doit donc examiner si ce droit à la rente existait au lendemain de la décision du 27 juin 2001, confirmée dans le jugement sur recours du 15 juillet 2002, ou si ce droit est né entre le 28 juin 2001 et le 5 juin 2007, date de la décision attaquée.

E. 10.1

La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. 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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 10.2

L'art. 69 RAI prescrit 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 des assurances sociales 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.). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 V 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.). Au surplus, 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 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invaliden-versicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

E. 11.1

La Clinique _____ a procédé à plusieurs examens de l'intéressé: Selon l'expertise médicale du Dr B. _____ (pce 119), basée notamment sur les radiographies effectuées le 29 juin 2005 présentant un bilan radiographique standard ne permettant pas de mettre en évidence des anomalies expliquant le tableau douloureux (cf. pce 118), les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail sont posés: rachialgies chroniques (M47 9): troubles dégénératifs très discrets du rachis cervical et lombaire et status après contusion coccygienne en 1994; status après polytraumatisme en 1983 comportant une

fracture complexe de la main droite et un TCC, sans séquelle significative; status après appendicectomie en 1987. Dans son appréciation, le Dr B. _____ indique que la demande de prestations AI de mai 2001 suscite plus d'un étonnement; pour lui, si les douleurs rachidiennes dont se plaignait l'assuré ont été assimilées à un trouble somatoforme douloureux, c'est précisément en l'absence de socle organique significatif quant à ces douleurs (p. 8); dans cette mesure, si la décision du 11 juin 2004 pouvait paraître justifiée sur un plan administratif, elle paraît en revanche détachée de tout fondement médical, même pour un lecteur profane. Pour le médecin, l'état douloureux du rachis ne repose en effet sur aucun diagnostic lésionnel précis; aucune piste somatique ne peut être retenue (p. 9). Il n'y a pas d'anomalie significative et les aptitudes fonctionnelles sont intactes; l'intéressé « pourrait assumer les contraintes en terme de soulèvement de charge et de posture auxquelles il était soumis dans son dernier emploi chez A. _____ ». Dans son expertise psychiatrique (pce 119), le Dr J _____ relève (p. 2s.) que si l'intéressé a indiqué prendre une médication antidépressive (à dose suffisante), il a par contre expliqué ne pas avoir de suivi psychiatrique psychothérapeutique, ayant consulté un psychiatre une seule fois au Portugal (cf. pces 54 et 56), sans donner suite « pour un traitement dont il ne verrait d'ailleurs pas l'utilité »; l'intéressé n'a pas de plainte d'ordre psychiatrique, hormis son irritabilité et il récuse en particulier toute anxiété pathologique, crise d'angoisse ou attaque de panique; son sommeil est gêné par la douleur seule. Selon le médecin, après observation, au niveau du diagnostic, il faut constater une absence de pathologie psychiatrique atteignant un seuil diagnostique selon les ouvrages de référence (p. 3); il n'y a donc pas d'incapacité de travail sur le plan psychique; il n'y a pas de détresse psychosociale; le statut parle contre la présence de troubles psychiques sévères, ce qui exclut le syndrome douloureux somatoforme persistant en particulier; si celui-ci devait être malgré tout retenu, il ne pourrait être que de gravité légère et donc sans valeur invalidante; il n'y a pas non plus d'état dépressif significatif, ni trouble anxieux ou attaques de panique actuellement. Il n'y a pas de trouble de la personnalité grave invalidant; seuls sont présents des traits de personnalité narcissiques pouvant expliquer l'adoption d'un statut d'invalidé. Pour le physiothérapeute C. _____, qui a effectué l'évaluation des capacités fonctionnelles de l'intéressé, celui-ci sous-estime ses aptitudes fonctionnelles; les performances effectivement réalisées correspondent en fait à un niveau moyen d'effort - et le dépasse même pour ce qui est du lever horizontalement. En conclusion (cf. expertise médicale), au vu des différents examens et analyses menés et de l'entretien de synthèse des experts, le Dr B. _____ retenait une pleine capacité de travail médicalement exigible de l'intéressé (cf. p. 9s. de l'expertise médicale). Pour le Tribunal, la documentation médicale de la Clinique _____ répond tout à fait aux exigences posées par la jurisprudence pour que puisse lui être accordée pleine valeur probante et aucun motif ne justifie de s'écarter de ses conclusions, convaincantes et univoques.

E. 11.2

Pour le Tribunal, aucune atteinte somatique ne permet d'expliquer les douleurs dont fait état l'intéressé. Le Tribunal observe d'ailleurs que dans son rapport du 11 août 2003 (pce 117), le Dr K. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, relevait une absence d'altérations ostéo-articulaires; pour le médecin, les manifestations cliniques du patient n'avaient pas grande justification du point de vue orthopédique, de sorte qu'elles devaient trouver plus vraisemblablement leur origine dans un processus de fibromyalgie. De même, les radios effectuées le 11 avril 2003 par le Dr L. _____ (pce 55) ne faisaient-elles état que d'une discrète scoliose dorso-lombaire de concavité sinistro-lombaire; enfin, le Dr

M. _____, spécialiste en rhumatologie, s'est borné à mentionner l'existence de points de fibromyalgie positifs. Dans le formulaire E 213 du 14 juillet 2003 (58), le Dr N. _____ concluait, au vu de son examen et des documents précité, notamment, à l'inexistence d'une incapacité de travail de l'intéressé pour sa profession habituelle, qu'il pouvait effectuer à plein temps. Le Tribunal relève que selon le docteur précité, l'examen de l'appareil locomoteur et l'examen neurologique, en particulier, avaient montré des résultats très satisfaisants (par exemple, colonne vertébrale à la mobilité totalement conservée et mouvements et marche effectués sans altérations). Dans son rapport du 5 février 2004 (pce 60), le Dr O. _____, du service médical de l'OAIE, faisait également état d'une absence de toute limitation fonctionnelle. Dans ses déterminations du 30 septembre 2005, du 30 novembre 2005 et du 17 octobre 2007 (cf. pces 107, 128 et 145; également pce 83), le Dr P. _____, du service précité, relevait l'absence d'une affection corporelle relevante et enjoignait à se fonder sur la seule expertise mise en place à la Clinique de Sion. Quant aux documents médicaux produits après que l'intéressé eut reçu le projet de décision de l'AI, il ne sauraient en aucun cas faire pièce à ce qui précède: le rapport du Dr F. _____, du 10 novembre 2005 (pce 122), émane d'un psychiatre, de sorte que la seule mention (sans plus d'indications) de séquelles graves ostéo-musculo-squelétiques au chapitre des antécédent personnels ne saurait être suffisante pour prouver ces prétendues atteintes; quant rapport du Dr G. _____, du 14 novembre 2005 (pce 124), il se borne à reprendre des diagnostics, sans plus les établir, en particulier s'agissant des douleurs ostéo-articulaires, « séquelles d'un accident du travail ». Le Tribunal rappelle au demeurant la réserve avec laquelle il s'agit de considérer, en cas de doute, des documents émanant de médecins traitants. Enfin, même si ce le fut dans des pièces relatives à la période antérieure à celle de la seconde demande de prestations AI, force est de constater que divers médecins ont exprimé leur incompréhension quant aux douleurs physiques dont faisait état l'assuré et que les constatations objectives seules n'expliquaient pas ou peu (cf. rapport du Dr Q. _____, généraliste, du 30.07.2001, pce 51; rapport des Dr R. _____ et S. _____, de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne, du 23.05.2000, pce 49; rapport du Dr T. _____ du 10.03.2000, pce 46, rapport du Dr U. _____, du 1.11.1996; également rapport du Dr Fournier, médecin-chef dans un centre thermal, du 5.6.2000, pce 50; à noter encore les médecins U. _____ et T. _____ faisaient même preuve d'une certaine retenue quant à l'existence ou l'importance de la fracture coccygienne; également rapport du Dr O. _____, du service médical de l'OAIE, du 27 décembre 2002, pce 33). Enfin, il est relevé que seule une fracture au coccyx motivait la première demande de prestations AI, que malgré cet accident survenu début 1994, l'assuré a poursuivi son travail jusqu'à fin 2001, soit après avoir déposé sa demande de rente AI et après les incapacités de travail totales du 8 juillet au 13 août 2000 et du 14 juin au 5 août 2001. Ces dernières ne constituent pas des incapacités de longue durée; elles furent au reste annoncées à la SUVA comme faisant suite à des atteintes au thorax et aux côtes (pce 11; également pce 77: contusions aux côtes gauches, puis nouvelle blessure aux côtes) et rien dans le dossier ne permet de retenir avec le recourant (cf. réplique) que l'accident (fracture des côtes) fut dû à ses efforts et à ses mauvaises positions rendus nécessaires pour ne pas avoir à demander de l'aide tout le temps. Une atteinte somatique invalidante étant écartée, il reste au Tribunal à examiner la question de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie chez l'intéressé - affections qui doivent être traitées indistinctement quant à un éventuel droit à la rente -, respectivement d'une dysthymie.

E. 11.3

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. D'ailleurs la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi l'égalité de traitement entre les assurés serait enfreinte. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue n'exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une co-morbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus être raisonnablement exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; Pirrotta in: RSAS 2005 p. 525). Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une co-morbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; Pirrotta in: RSAS 2005 p. 525s.). Tel est le cas, premièrement, des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, deuxièmement, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, troisièmement, d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou, quatrièmement, de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intense douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations

fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

E. 11.4

En l'espèce, le Tribunal relève d'abord que les documents médicaux produits lors de l'instruction de la première demande de prestations AI ne font pas mention d'un problème psychique invalidant; la présence d'un syndrome douloureux somatoforme est certes mentionnée dans le rapport de la Policlinique médicale universitaire du 23 mai 2000 (pce 49), mais avec la précision qu'il n'y pas d'éléments en faveur d'un trouble anxieux ou dépressif; seuls des mécanismes de défenses hypomaniaques sont relevés. Et ce trouble somatoforme semble surtout traduire la perplexité des thérapeutes consultés devant l'absence d'un fondement somatique aux douleurs de l'intéressé (cf. supra) et être mis en relation avec la situation familiale relativement tendue qu'il vit notamment du fait du retour de sa famille au Portugal depuis février 1998 déjà, alors que le second enfant n'était âgé que depuis deux ans (cf. pce 45: « A noter que sa femme est porteuse d'une fibromyalgie, on peut se poser la question de "l'ambiance du couple" dans ce contexte de douleurs chroniques »; pce 50: « l'ensemble du tableau s'inscrit dans une situation familiale relativement difficile, sa femme ainsi que ses deux enfants sont retournés vivre au Portugal, le patient se pose actuellement la question d'un retour ou non »; pce 48: « Pourtant, je perçois dans son enfance difficile et son parcours de vie passablement d'éléments qui constituent un handicap ou un fardeau. La situation est particulièrement difficile actuellement à mon avis puisque l'épouse et les 2 enfants sont retournés au Portugal pour des raisons d'éducation de l'enfant aîné (atteint d'une pathologie thyroïdienne). Il se trouve donc très seul affectivement. »; également pce 33: le syndrome douloureux somatoforme n'est que suspecté). Pour le Tribunal, il n'est pas insoutenable de considérer que le départ de sa famille a, de façon très naturelle, pesé sur l'assuré - il est relevant à cet égard de constater qu'en juin 2000, à tout le moins (cf. pce 50; déterminations de l'ancien employeur, pces 77 et 85), il pensait déjà à un retour au Portugal auprès de sa famille et à ses modalités notamment financières. L'incidence qu'a pu avoir cette séparation sur l'humeur, notamment, de l'assuré, pour compréhensible qu'elle soit, ne suffit cependant clairement pas à fonder un trouble somatoforme relevant au sens rappelé ci-dessus. S'agissant de la situation de l'intéressé depuis le dépôt de la seconde demande, le Tribunal retient ce qui suit. Le rapport du Dr M. _____ (pce 57) est pour le moins court; il n'y a pas description des examens effectués; le rhumatologue se contente de mentionner la présence de points de fibromyalgie, sans les décrire ni les dénombrer, et à indiquer qu'il pense qu'il s'agit d'une fibromyalgie, au vu de l'inexistence d'altérations constatées lors des examens subsidiaires effectués. En outre, l'intéressé n'a pas jugé nécessaire de suivre un traitement psychologique et psychiatrique au Portugal, conformément à ce qu'indiqué dans l'expertise psychiatrique (pce 119, p. 2s.; il en fut d'ailleurs de même lorsqu'il était en Suisse). Le suivi assuré par le Dr G. _____, médecin de famille, ne saurait en aucun cas se confondre avec un tel traitement donné par un spécialiste; force est plutôt de constater que ce n'est qu'à une reprise et à la demande de la sécurité sociale portugaise chargée de l'instruction du dossier que l'intéressé a consulté un psychiatre, le Dr F. _____ (pces 56 et 54; également pce 43, remplie par l'intéressé après la consultation précitée, et où le psychiatre n'est pas même mentionné; pce 104, retournée par l'intéressé avant que le résultat de l'expertise et le projet de décision ne lui soient communiqués, et où il n'indique à nouveau que les Dr G. _____ et Q. _____ au chapitre des médecins [de famille] traitants, le Dr F. _____, psychiatre, n'étant mentionné qu'au chapitre des remarques éventuelles, sans indication d'adresse, uniquement avec la mention

qu'il s'est rendu « chez » lui). Le rapport du 12 mai 2003 ne fait pas état, au reste, d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme; seul le diagnostic de dysthymie est posé; celui-ci doit en outre être accueilli avec une certaine réserve, ne serait-ce que parce qu'il est sommairement motivé et, surtout, fondé essentiellement sur les plaintes de l'intéressé, comme en témoigne le fait qu'il est associé à celui de séquelles ostéo-musculo-squelétiques résultant d'un « grave accident » dans la neige, éléments qui ne sont absolument pas établis, ainsi que vu, et pour lesquels un psychiatre ne saurait être considéré comme spécialiste. En tout état de cause, ce rapport ne saurait faire pièce à l'expertise psychiatrique établie plusieurs années après, détaillée, et lors de laquelle l'intéressé n'a pas fait état de plaintes ou d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique et a en particulier refusé connaître des angoisses, des anxiétés ou des paniques, mais a au contraire précisé avoir un sommeil gêné uniquement par la douleur et un poids et un appétit maintenus ces dernières années (p. 2s.). Quant au second rapport du Dr F. _____, du 10 novembre 2005 (pce 122s.), il n'est intervenu qu'après que l'intéressé a à nouveau rendu visite à ce médecin, suite à la réception du projet de décision; il est en outre semblable à celui établi précédemment (et souffre ainsi des mêmes insuffisances); seul le diagnostic de fibromyalgie qui aurait aggravé son état « depuis quelque temps » est ajouté, sans plus de détails - le médecin n'explique en particulier pas pourquoi cette affection, absente de son précédent rapport, serait soudain survenue; quant au traitement médical, le Tribunal relève qu'il ne correspond aucunement à ce que l'intéressé avait indiqué prendre auparavant (cf. formulaire E 213 et expertise psychiatrique; la prise régulière de médicaments n'est au demeurant pas établie, si l'on se souvient que dans son rapport du 30 juillet 2001 [pce 51], son médecin traitant le Dr Q. _____ indiquait qu'il n'y avait aucune thérapie en cours, le patient ayant peur de s'habituer à tout traitement antalgique). Enfin, le Tribunal retient que jusqu'à ce que la décision attaquée lui fut communiquée et y compris dans son recours, l'intéressé, qui percevait toujours une rente, n'a nullement fait état d'un suivi régulier par un médecin psychiatre, respectivement d'une aggravation de son état de santé psychique; aucun document médical récent relatif à sa santé psychique ne fut produit avec le recours. La seule affirmation du recourant qu'il s'isolait toujours plus de ses amis ou de sa famille, qu'il serait davantage irritable, toujours moins concentré, etc. ne sauraient suffire pour s'écarter de l'opinion de l'expert psychiatrique. Le Tribunal considère dès lors que les conditions pour qu'il puisse être retenu qu'un trouble somatoforme ou qu'une fibromyalgie - pour autant que ces affections soient suffisamment établies, ce qui n'est pas le cas - présentent une gravité suffisante et un caractère invalidant ne sont pas remplies ici. Il en va de même de la prétendue dysthymie de l'intéressé ou de toute autre affection psychiatrique (cf. expertise, p. 4).

E. 11.5

Les pièces produites par le recourant dans le cadre de son recours et de sa réplique ne sauraient modifier ce qui précède. Elles sont postérieures à la date de la décision attaquée, qui limite le pouvoir d'examen du Tribunal dans cette procédure, ne précisent pas que (tous) les diagnostics y mentionnés auraient été décelés avant dite décision et, en tout état de cause, n'ont pas de valeur probante suffisante pour s'écarter des conclusions de l'expertise de la Clinique _____ de _____. En particulier, l'avis (extrêmement sommaire) d'un ostéopathe, le Dr H. _____, ne saurait infirmer celui d'experts psychiatre ou orthodontiste; quant au nouveau certificat du Dr G. _____, outre qu'il est difficilement lisible, il provient d'un médecin traitant, naturellement plus enclin à épouser la cause de son patient, et ne contient nulle indication d'un résultat d'examen à même de fonder les diagnostics posés.

E. 11.6

S'agissant plus particulièrement de l'attestation médicale du 20 juin 2008 que le recourant a produit spontanément après le dépôt de la duplique de l'OAIE, le Tribunal relève ce qui suit. Ce rapport médical indique expressément que le recourant ne fréquente la consultation de psychiatrie que depuis le 28 avril 2008, ce qui confirme une absence de suivi régulier avant que ne soit rendue la décision litigieuse. En outre, le document, très court, ne saurait être équivalent à une expertise psychiatrique détaillée; enfin, et surtout, sa date et le début du traitement auquel elle se réfère, postérieures à la date de la décision attaquée, empêchent le Tribunal de se prononcer ici sur l'épisode dépressif majeur grave qu'elle mentionne. Ce rapport médical sera dès lors transmis à l'OAIE en annexe de cet arrêt; il appartiendra à cet office de se prononcer quant à ce document, pour déterminer notamment s'il s'agit-là d'une nouvelle demande de prestations AI consécutive à une péjoration alléguée de l'état de santé de l'intéressé.

E. 11.7

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée, confirmée.

E. 12

En application des articles 63 al. 1 PA et 1 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), les frais de procédure, par Fr. 300.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 64 PA en relation avec l'art. 7 FITAF a contrario).

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