

BVGer C-6128/2012 vom 23. Dezember 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6128_2012

FR: TAF C-6128/2012 du 23 décembre 2014

IT: TAF C-6128/2012 del 23 dicembre 2014

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 3

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (doc 88 p. 2).

E. 4

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. 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 273 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 256 consid. 4). Aux termes de l'art. 28 al. 2 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.

E. 5

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 RAI ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies (ATF 133 V 263). Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une

rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

E. 6

En l'espèce, l'objet du litige a donc trait au point de savoir si le taux d'invalidité du recourant a connu une modification notable depuis la décision de rejet de sa première demande AI en date du 30 août 2007 et, le cas échéant, au taux d'invalidité à retenir.

E. 7

Cela étant, il ressort des actes de la cause ce qui suit.

E. 7.1

Lors de la première demande de prestations, les documents suivants ont notamment été versés à la cause.

E. 7.1.1

Des rapports médicaux des 10 et 30 septembre 2003 (doc 63 p. 4 et doc 48 p. 1) indiquent que l'assuré a fait une chute sur la tête le 9 septembre 2003 avec traumatisme crânio-cérébral sans commotion, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 15 septembre 2003.

E. 7.1.2

La Dresse F._____, dans un rapport d'expertise du 1er septembre 2005 (doc 11 p. 2 ss), relève que l'assuré ne travaille plus depuis août 2004 pour des raisons de santé. Posant les diagnostics de syringomyélie, de trouble dépressif moyen avec trouble de l'adaptation et sentiments d'insuffisance, elle conclut que l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'une réadaptation professionnelle est indiquée. Le métier de substitution devrait être exercé principalement en position assise avec possibilité de changer de position, permettre de ménager la colonne vertébrale et ne pas comprendre le port de poids de plus de 5 kg.

E. 7.1.3

Dans un rapport neurochirurgical du 4 octobre 2005 (doc 30 p. 5), le Dr G._____ relève que, selon l'IRM, il existe une malformation au niveau de l'arc C1 qui donne une compression en regard de la moelle épinière à ce niveau avec un hypersignal. Par ailleurs, des cavités syringomyéliques étendues de D12 jusqu'à D6 sont mises en évidence. A la lumière du tableau clinique actuel, il se dit partisan d'une intervention chirurgicale.

E. 7.1.4

Dans plusieurs rapports médicaux, le Dr H._____ est d'avis que, compte tenu de son état de santé et du besoin d'un geste chirurgical, l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle ou toute autre activité de substitution actuellement (cf. rapports des 11 octobre 2004 [doc 11 p. 10], 25 février 2005 [doc 11 p. 9], 1er juin 2005 [doc 11 p. 8] et 1er décembre 2005 [doc 8 p. 1-2; doc 9; doc 10 {trois certificats médicaux datés du même jour}]).

E. 7.1.5

Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 février 2007 (doc 23) effectué à la Polyclinique K._____, il est mentionné les diagnostics avec répercussion sur la capacité

de travail de myélopathie cervicale compressive au niveau C1 sur rétrécissement du canal médullaire (M48.02), de syringomyélie cervico-dorsale (G95.0), de fonctionnement intellectuel limite QI 72 (R41.8) et de personnalité dépendante (F60.7). Selon les experts, l'ancienne activité de boulanger n'est actuellement plus exigible de la part de l'intéressé. En revanche, celui-ci serait a priori à même d'effectuer à temps complet un travail de substitution peu contraignant tenant compte de sa personnalité dépendante sous réserve d'une prise en charge médicale ou chirurgicale adéquate (doc 23 p. 14-15 et p. 16 in fine).

E. 7.1.6

Se basant principalement sur ce dernier document, une prise de position de son service médical du 11 mai 2007 (doc 25) et une comparaison des revenus du 18 mai 2007 (doc 26), l'OAIE a rejeté la première demande AI de l'intéressé par décision du 30 août 2007 entrée en force (doc 40).

E. 7.2

Dans le cadre de la deuxième demande de prestations, les pièces suivantes ont notamment été versées à la cause.

E. 7.2.1

Selon un rapport du 8 novembre 2007, l'assuré a effectué à Genève un stage de réadaptation professionnelle du 1er octobre au 2 novembre 2007 (doc 45).

E. 7.2.2

Le Dr I. _____, dans un compte rendu opératoire du 5 février 2008 (doc 60 p. 5), indique qu'il a procédé chez l'assuré à un vissage transarticulaire C2-C1 par voie postérieure avec contrôle radiologique per-opératoire et recalibrage canalaire C1 par laminectomie de C1. L'opération était indiquée pour cause de souffrance médullaire en C1 avec syndrome tétrapyramidal et douleurs par instabilité C1-C2 et sténose canalaire à ce niveau chez un patient aux antécédents de surcharge pondérale. Par ailleurs, dans un rapport ultérieur du 23 septembre 2010 (doc 68 p. 2), ce praticien indiquera qu'une expertise est nécessaire pour évaluer la capacité de travail de l'assuré.

E. 7.2.3

L'assuré ayant effectué un stage professionnel en France du 24 août au 13 novembre 2009, un bilan y afférent retient qu'un travail adapté à mi-temps semble plus adapté à l'état de santé de l'intéressé (doc 60 p. 14-20).

E. 7.2.4

Dans un bilan neurologique du 5 février 2010 (doc 60 p. 11 ss), le Dr J. _____, psychologue et neuropsychologue, signale que l'assuré présente des troubles cognitifs légers ayant une incidence finalement significative sur sa capacité de travail et qu'une orientation en milieu protégé pourrait être une indication.

E. 7.2.5

Dans plusieurs certificats médicaux, le Dr H. _____ relève en substance que l'ancienne activité de boulanger n'est plus exigible de la part de l'assuré et que le patient est d'accord avec la reprise d'un travail adapté à mi-temps (cf. rapports des 20 mars 2008 [doc 63 p. 7], 22 août 2008 [doc 63 p. 1], 3 novembre 2009 [doc 63 p. 6], 4 juillet 2010 [doc 60 p. 1], 29 juillet 2010 [doc 63 p. 2], 4 septembre 2010 [doc 67 p. 1-3 et doc 67 p. 5 {deux certificats

datés du même jour}], 9 septembre 2010 [doc 67 p. 4], 17 septembre 2010 [doc 68 p. 3] et 28 février 2012 [doc 96 p. 9]).

E. 7.2.6

Dans un rapport d'expertise neurologique du 27 janvier 2011 (doc 75), le Dr C. _____ retient que les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de syringomyélie pauci-symptomatique, radiologiquement visible de D6-D11, avec status post-opératoire d'une ostéosynthèse C2-C1 pour rétrécissement canalaire à ce niveau, QI bas et fonctionnement exécutif/attentionnel/mnésique-verbal limites. Il conclut que la capacité de travail de l'assuré est de 70% dans son ancienne activité de boulanger ainsi que dans toute autre activité de substitution adaptée.

E. 7.2.7

Pour sa part, la Dresse D. _____, dans un rapport d'expertise psychiatrique du 4 juillet 2011 (doc 84), ne retient aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail et pose les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de notions neuropsychologiques d'un fonctionnement intellectuel limite (QI 72 selon les données au dossier) code R41.8 selon la classification DSM 4 et de traits dépendants de la personnalité F60.7 selon la CIM 10. Cette praticienne est d'avis que l'intéressé ne présente aucune limitation sur le plan psychique et mental.

E. 7.2.8

Dans une comparaison des revenus du 26 septembre 2011 (doc 87), l'administration relève que le revenu de l'assuré sans atteinte à la santé se serait monté à Fr. 49'075.- en 2005 selon les indications de l'ancien employeur et à Fr. 52'967.- en 2010 en tenant compte de l'augmentation des salaires (doc 87 p. 2). Pour ce qui est du revenu d'invalidé, celui-ci correspondrait au salaire moyen statistique pour homme TA1, toute profession confondue, niveau 4, en 2008 (Fr. 4'806.- par mois pour 40 h./sem.) adapté à la durée hebdomadaire normale de travail et à l'augmentation des salaires jusqu'en 2010 ainsi que multiplié par 12, ce qui aboutirait à un revenu annuel de Fr. 61'642.-. Ce montant devrait être diminué de 30% pour tenir compte de la capacité de travail limitée à 70% dans une activité de substitution adaptée, puis de 10% afin de prendre en considération les particularités du cas concret, de sorte que le salaire annuel d'invalidé serait en définitive de Fr. 38'834.-. Il s'ensuivrait un taux d'invalidité de 26.68% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. ($\frac{52'967 - 38'834}{52'967} \times 100$).

E. 8

En se basant sur cette comparaison des revenus et après avoir consulté son service médical à plusieurs reprises (cf. prises de position des 13 septembre 2011 [doc 86], 14 décembre 2011 [doc 90] et 19 avril 2012 [doc 101]), l'OAIE a estimé que le cas avait été suffisamment instruit et a rejeté la deuxième demande de prestations de l'assuré par décision du 24 octobre 2012. Le Tribunal de céans ne peut toutefois trancher en l'état du dossier pour les raisons qui suivent.

E. 8.1

Tout d'abord, selon le questionnaire pour l'employeur du 15 décembre 2005, il est indiqué que l'assuré avait obtenu un salaire de Fr. 47'699.- en 2003 (doc 12 p. 2), soit l'année avant son arrêt du travail pour des raisons de santé, et qu'il avait été licencié le 29 mai 2004 après plusieurs avertissements, le dernier jour effectif de travail ayant été le 31 mai 2004 (doc 12

p. 1 n° 1.4). Cela étant, on peut se demander si ce salaire relativement bas en 2003 n'était pas déjà dû à des problèmes de santé. En effet, l'assureur-maladie avait chargé la Dresse F. _____ d'examiner l'assuré en 2005. Dans un rapport d'expertise du 1er septembre 2005, cette praticienne relève que l'assuré souffre d'un syndrome vertébral de longue date avec en parallèle décompensation psychique entre 2000 et 2003, ce qui a incité le médecin traitant à réduire son temps de travail à 36 heures par semaines et à prescrire des anti-inflammatoires et du Lexotanil en réserve (doc 11 p. 4). En outre, dans l'expertise psychiatrique du 4 juillet 2011 (doc 84 p. 3), il est relevé que l'assuré a cumulé les mises en arrêt maladie à la suite d'une chute au lieu de travail intervenue en septembre 2003 (doc 84 p. 3). Sous cet angle, il est étonnant que l'expertise pluridisciplinaire du 22 février 2007 indique que les problèmes de santé de l'assuré remonte à mai 2004 seulement (doc 23 p. 3). Les doutes quant à la pertinence du salaire effectif pour effectuer la comparaison des revenus sont renforcés du fait que, comme on le verra ci-après (consid. 8.2), le salaire obtenu par l'intéressé en 2004 était nettement inférieur au salaire statistique moyen d'un boulanger au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle. Il revenait donc à l'administration d'investiguer plus avant sur ce point, par exemple en requérant auprès de l'assureur maladie la production de son dossier et en questionnant l'ancien employeur.

E. 8.2

Ensuite, même à supposer que les problèmes de santé du recourant soient effectivement intervenus en mai 2004 seulement, il n'est pas certain que le dernier salaire obtenu par l'intéressé puisse servir de référence pour la comparaison des revenus. Dans ce contexte, il sied de rappeler que, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. A cet effet, il convient de se référer au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4). Selon le Tribunal fédéral, il peut se justifier d'opérer un parallélisme des revenus à comparer si la rémunération de l'assuré était nettement inférieure aux normes de salaire usuelles dans la branche concernée selon les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple pour cause de formation scolaire minime, de manque de formation professionnelle ou de difficultés à être embauché consécutives au status de saisonnier) et que rien n'incite à penser que l'assuré s'était volontairement contenté d'un salaire inférieur à la moyenne (ATF 135 V 58 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.2.1). En pratique, le parallélisme des deux revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). L'arrêt 135 V 297 précise qu'un revenu peut être considéré comme nettement inférieur à la moyenne, en cas de divergence d'au moins 5% par rapport au salaire statistique usuel. Par ailleurs, le parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5%. La jurisprudence portant sur le parallélisme des revenus se base sur l'idée qu'on ne peut attendre d'une personne nouvellement atteinte dans sa santé qu'elle obtienne un salaire

moyen se situant aux alentours des revenus statistiques, lorsque, avant que surgissent les problèmes de santé, elle gagnait déjà un salaire sensiblement inférieures aux revenus statistiques valables dans la branche concernée, parce que des raisons inhérentes à sa personne rendaient impossible l'obtention d'un salaire moyen. Face à un salaire effectif de valide sensiblement inférieur à la moyenne, il revient donc à l'administration d'examiner si l'assuré présente des caractéristiques personnelles qui incitent à penser qu'il ne lui est pas possible d'obtenir un salaire moyen statistique. Cette jurisprudence s'applique aux personnes qui, avant l'atteinte à la santé, exerçaient des activités simples et répétitives (niveau 4 selon les données ESS), éventuellement également aux personnes disposant de connaissances professionnelles spécialisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_298/2013 du 20 décembre 2013 consid. 5.2.2 non publié à l'ATF 140 V 41) En l'occurrence, le recourant est au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) de boulanger (cf. infra consid. 9.1.2, 2ème paragraphe). Selon les données de l'ESS, le salaire usuel dans le secteur alimentaire en 2004 pour un assuré disposant de connaissances professionnelles spécialisées dans le domaine "industrie alimentaire" (niveau de qualification 3; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_807/2012 du 21 février 2013 consid. 5) se montait à Fr. 5'336.- pour 40 h./s. En tenant compte de l'horaire moyen usuel de 42 h./sem. et de l'augmentation des salaires de 1.4% en 2005, on obtient un salaire statistique mensuel de Fr. 5'681.24. Parallèlement, selon les données pour l'employeur du 15 décembre 2005, l'assuré aurait gagné un salaire annuel brut de Fr. 49'075.- en 2005 sans atteinte à la santé (doc 12 p. 2 n° 7) soit Fr. 4'089.58 par mois. La différence entre le revenu effectif et le salaire statistique usuel dans la branche est donc de 28.02% ($(\{5'681.24 - 4'089.58\} : 5'681.24) \times 100$). La part excédant le taux maximal de 5% conformément à la jurisprudence exposée au paragraphe précédent est ainsi de 23.02%, ce qui est un taux tout à fait significatif. Or, l'autorité inférieure ne s'est aucunement prononcée sur cette question, alors qu'elle aurait été tenue de le faire compte tenu de l'état de fait donné et de la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée. Pour cette raison également, il convient de renvoyer l'affaire à l'OAIE pour complément d'instruction.

E. 9

De surcroit, force est également de constater qu'il reste encore des questions ouvertes du point de vue médical.

E. 9.1

Certes, le Tribunal de céans peut suivre le raisonnement des Drs C._____ et D._____ lorsque ceux-ci retiennent une capacité de travail de l'intéressé de 70% dans un travail adapté.

E. 9.1.1

En effet, le premier praticien cité est spécialiste en neurologie et la Dresse D._____ experte en psychiatrie. Ces spécialistes possèdent donc toutes les qualifications requises pour se prononcer valablement sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré qui souffre au niveau physique d'un statut après opération au rachis ainsi que d'une maladie de la moelle épinière et pour lequel un état dépressif ainsi qu'une intelligence limitée avec troubles cognitifs a été mentionné dans différents rapports médicaux. Ces deux praticiens ont effectué un examen approfondi de l'assuré, étant relevé que le Dr C._____ a aussi effectué à un examen neuropsychologique complet. Par ailleurs, ils se sont déterminés en pleine connaissance de l'anamnèse et ont dûment pris note des plaintes du recourant en les

mettant en relation avec les éléments objectifs constatés lors de l'examen clinique et ont dûment motivé pour quelles raisons ils ont estimé que l'assuré bénéficiait encore d'une capacité de travail résiduelle de 70%. Ainsi, le Dr C. _____, dans la rubrique de l'expertise intitulée "Appréciation du cas et pronostic", relève ce qui suit: "Si l'imagerie médullaire réalisée chez le patient il y a quelques années, qui a permis démontrer une image syringomyélique dorsale associée à un discret hypersignal au-dessus de cette cavité, et à un rétrécissement canalaire C1-C2, qui a abouti une intervention chirurgicale d'élargissement de ce canal avec ostéosynthèse C1-C2, il faut constater qu'actuellement, le patient ne présente que de très discrets signes de myélopathie, essentiellement sous la forme d'une minime asymétrie des réflexes tendineux aux MS, contrastant avec l'absence d'anomalie sensitive dissociée ou non, de troubles sphinctériens, et d'une façon générale de syndrome segmentaire ou sous-segmentaire. En particulier, si par le passé, notamment avant l'opération, il avait été décrit un syndrome "tétrapyrâmidal", je n'en ai aucun élément actuellement. Par ailleurs, les lâchages observés lors du testing des Interosseux ne correspondent pas à une parésie spécifique, entrant dans le contexte observé d'une façon plus générale d'une grande fluctuation à la réalisation des tests moteurs. En fait, la quasi absence de signes neurologiques centraux ou périphériques contrastent avec les plaintes douloureuses rachidiennes, issues de la région sous-jacente à l'opération, où le patient décrit une tension, un tiraillement, une impression de brûlures qui seraient la cause principale de son incapacité aux activités privées ou professionnelles. Les éléments les plus significatifs actuellement sont d'ordre cognitif, sur le plan des capacités neurologiques, puisque nous avons déjà la notion d'un QI bas à 72, et que notre examen neuropsychologique démontre en effet une dysfonction exécutive, mnésique-verbale, et attentionnelle, très vraisemblablement ancienne, qui limite clairement les ressources du patient dans le cadre de ses difficultés médicales, sociales et professionnelles, même s'il faut relever que par le passé, au moment où il avait un grand succès comme boulanger, ceci n'a pas été le cas. En tenant compte des troubles douloureux rachidiens post opératoires, ainsi que des troubles cognitifs susmentionnés, une limitation de la capacité de travail de 30% paraît clairement un maximum, au plan neurologique. Quant aux séquelles myélopathiques elles-mêmes, elles sont si minimes qu'elles ne correspondent à aucune limitation particulière de la capacité professionnelle. [...] En ce qui concerne le pronostic, il est clair que l'évolution d'une syringomyélie peut être variable, et doit être suivie sur le plan neurologique. Cependant, à ce stade et avec le recul maintenant disponible après le diagnostic, ainsi que la réalisation de l'opération susmentionnée, il est très peu probable que l'on assiste à une détérioration myélopathique rapidement significative. Une stabilité persistante de l'état actuel est clairement plus vraisemblable, ce qui devra être confirmé par les évaluations cliniques neurologiques régulières, en principe 1-2x/année" (doc 75 p. 7). En rapport avec la capacité de travail, l'expert conclut de façon générale que "les tiraillement et douleurs au niveau du rachis limitent les activités physiques très lourdes, comme celles de manoeuvre ou de magasinier. Sur le plan neuropsychologique, le QI bas et la dysfonction cognitive modérée empêchent la réalisation d'activités intellectuelles élaborées, notamment sur le plan professionnel (doc 75 p. 8 let. B.1). En ce qui concerne la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à l'atteinte à la santé, il précise qu'"il n'y a pas de limitation neurologique spécifique concernant l'activité de boulanger, à l'exclusion d'un travail physique très lourd (port répété de charges dépassant 20 kg essentiellement). En l'absence de myélopathie résiduelle significative, seules peuvent être prises en compte sur le plan neurologique les douleurs rachidiennes fluctuantes qui seront pour le mieux intégrées dans une activité

professionnelle permettant une variation de la position, ce qui a priori est le cas dans le métier de boulanger" (doc 75 p. 8 let. B.2.1). Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert relève que "globalement [avec] les douleurs et tiraillements au niveau rachidien, en l'absence de myélopathie significative, mais avec les troubles cognitifs, on peut admettre la survenue d'une fatigabilité limitant cette activité professionnelle dans l'ordre de 30%" (doc 75 p. 8 let. B.2.2), étant précisé que l'état de santé du patient doit être considéré comme stabilisé depuis début 2010 au plus tard (doc 75 p. 8 let. B.2.6). Pour sa part, la Dresse D. _____, dans son rapport du 4 juillet 2011, relève que, "du point de vue personnel, l'expertisé ne relate aucun antécédent d'atteinte psychiatrique à la santé. Il n'y a pas non plus d'antécédent de suivi spécialisé ni de prescription de traitement psychotrope. A l'examen de ce jour, Il s'agit d'un homme collaborant, au discours généreux parfois redondant, dont les capacités intellectuelles observées peuvent correspondre au QI de 72 annoncé dans les documents antérieurs. L'intéressé est capable de comprendre des consignes, de les retenir, et de les exécuter. Etant donné qu'il a obtenu un CAP de boulanger, qu'il n'y a aucune suspicion de démence et qu'aucun événement n'est survenu pouvant porter atteinte à ses capacités intellectuelles, il se doit de conclure que l'intéressé a les capacités intellectuelles pour exercer un métier appris, qu'il soit dans la boulangerie ou dans une profession jugée comme équivalente. Quant à l'examen strictement psychiatrique, aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant n'a été décelé. Une tendance à s'appuyer sur autrui et une légère difficulté à rebondir face aux contraintes de l'existence peut révéler la présence de traits dépendants de la personnalité, qui n'ont aucun caractère incapacitant. En conséquence, les conclusions de l'examen psychiatrique de ce jour peuvent attester que l'expertisé n'a pas de limitation psychiatrique à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques" (doc 84 p. 5). La Dresse D. _____ précise toutefois que, étant donné le fonctionnement intellectuel de l'assuré et les traits dépendants de sa personnalité, une prise en charge cadrante dans une équipe de reconversion professionnelle pourrait faciliter une reprise du travail (doc 84 p. 7 let. B.3).

E. 9.1.2

Il ressort donc de ces considérations que, par rapport à la situation ayant été donnée en août 2007, l'état de santé de l'assuré n'a pas connu de détérioration au niveau psychiatrique. En revanche, sur le plan somatique, le Dr C. _____ reconnaît une certaine péjoration suite à l'opération au dos intervenue le 5 février 2008, dès lors qu'il retient nouvellement une limitation de la capacité de travail dans un travail adapté de 30% au maximum. On rappelle que, lors de l'expertise pluridisciplinaire précédente du 22 février 2007, il avait été retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans une activité de substitution était de 100% (doc 23 p. 16 in fine). Cela étant, quoiqu'en dise le recourant, les autres documents médicaux versés au dossier ne permettent pas d'invalider l'évaluation du taux de travail retenu par le Dr C. _____. Ainsi, dans un rapport neuropsychologique du 5 février 2010 (doc 60 p. 11 ss), le Dr J. _____ constate chez l'assuré de légers troubles exécutifs ayant une incidence finalement significative sur sa prise en compte du monde et ayant une influence délétère sur ses relations et probablement son insertion professionnelle. Il estime qu'il est raisonnable de faire l'hypothèse qu'une partie des troubles exécutifs soient imputables à un traumatisme crânien intervenu lors d'une chute de l'assuré en date du 9 septembre 2003. Or, en ce qui concerne l'origine du trouble cognitif, on note qu'autant les experts mandatés lors de l'expertise du 22 février 2007 effectuée dans le cadre de la première demande de prestations AI (doc 23 p. 14) que le Dr C. _____, dans son rapport du 27 janvier 2011 (doc 75 p. 8 let. B.2.2) et la Dresse D. _____, dans son rapport du 4 juillet 2011 (doc 84 p. 6, 2ème

énumération), rejettent une telle appréciation et estiment que l'atteinte est très vraisemblablement antérieure à 2003. Par ailleurs, le Dr C. _____ retient que, s'il est vrai que le patient souffre d'une dysfonction mnésique-verbale et attentionnelle clairement limitative vu la situation actuelle du patient (doc 75 p. 7), celle-ci reste toutefois modérée et fait uniquement obstacle à la réalisation d'activités intellectuelles élaborées, notamment sur le plan professionnel (doc 75 p. 8 let. B.1). Cette évaluation est corroborée par celle de la Dresse D. _____ qui relève que, selon son observation sommaire non spécialisée, l'assuré ne souffre d'aucun déficit mnésique ou attentionnel significatif (doc 84 p. 5, 3ème paragraphe). Compte tenu de ces prises de position claires des experts, l'avis du Dr J. _____ qui au demeurant n'a pas exposé de façon convaincante pour quelles raisons de "légers troubles exécutifs" étaient susceptibles d'entraîner une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute profession ne saurait emporter la conviction. Contrairement à ce que voudrait le recourant, les prises de position de son médecin traitant, le Dr H. _____, ne sont également pas susceptibles de remettre en cause le taux de travail exigible de sa part, dès lors que ce praticien ne fait part d'aucun élément objectif qui aurait été omis par les experts. Bien plutôt, on note même certains éléments qui vont dans le sens de l'appréciation des Drs C. _____ et D. _____. Aussi, dans un rapport du 20 mars 2008, le Dr H. _____ relève que l'opération au dos s'est bien déroulée, les suites opératoire ayant été simples (doc 63 p. 8). Dans un rapport du 4 septembre 2010, il signale que le patient ne prend actuellement aucune médication sauf ponctuellement en cas de poussées de douleur (doc 67 p. 3 n° 1.5). Il précise que le patient "est en accord avec un emploi adapté pour une capacité résiduelle de 50% sous réserve de la fragilité du montage neurochirurgical C1C2 et de la syringomyélie T6-T11 qui peuvent être évolutifs" (rapports des 4 et 17 septembre 2010 [doc 67 p. 5 s. et 68 p. 3 s.]). Or, cette évaluation, qui se base en premier lieu sur l'impression subjective du patient, ne saurait convaincre. Finalement, dans un rapport du 18 février 2012 (doc 96 p. 9), le Dr H. _____ souligne la difficulté pour l'assuré de retrouver un emploi à 70% vu les atteintes dont il souffre et la désadaptation au travail. Il convient toutefois de relever que l'assurance-invalidité ne se base pas sur le marché concret du travail mais sur un marché équilibré et qu'il convient de ne pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des conditions excessives (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5108/2012 du 26 avril 2013 consid. 11.1 et les références citées). Or, on ne saurait conclure que les atteintes fonctionnelles retenues chez l'assuré, même si elles devaient être plus étendues que celles retenues par les Drs C. _____ et D. _____ (cf. consid. 9.2 ci-après) et encore correspondre à celles qui avaient été retenues lors de l'expertise pluridisciplinaire du 22 février 2007 (cf. supra consid. 7.1.5), rendent illusoire la recherche d'un travail adapté. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le Dr H. _____ dans son rapport du 18 février 2012 (doc 96 p. 9), il n'est pas possible de retenir une quelconque incapacité de travail au niveau psychiatrique chez son patient en l'absence de tout diagnostic reconnu y afférent (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_822/2013 du 4 juin 2014 consid. 4.3). Finalement, on soulignera que 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. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), 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. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009). Le fait que les institutions de sécurité sociale d'un pays membre de l'Union

Européenne mettent un assuré au bénéfice de certaines prestations sociales n'est donc en soi pas de nature à lier les organes de l'assurance-invalidité suisse. Les attestations produites par le recourant lui reconnaissant le statut d'handicapé en France (cf., parmi d'autres, attestation du 20 mai 2009 [doc 60 p. 4]) ne lui sont ainsi d'aucun secours.

E. 9.1.3

Compte tenu de tout ce qui précède, il convient de retenir que, sur le plan médical, l'assuré est en mesure d'accomplir un travail adapté à un taux de 70% dès le 1er janvier 2010.

E. 9.1.4

On précisera que, comme le retient à juste titre le service médical de l'OAIE (cf. rapport du 3 août 2013 [pce TAF 13 p. 5]), la documentation que le recourant a fourni après le prononcé de la décision attaquée du 24 octobre 2012 (imageries médicales des 27 novembre 2012 [pce TAF 1, annexe 29], 5 juin 2013 [pce TAF 9, annexe 30], 16 septembre 2013 [TAF 17 p. 5]; rapport du Dr I. _____ du 16 septembre 2013 [pce TAF 17 p. 4]; rapports du Dr H. _____ des 16 novembre 2012 [pce TAF 1 annexe 26], 26 novembre 2012 [pce TAF 1 annexe 25], 12 juin 2013 [pce TAF 9, annexe 31], 24 septembre 2013 [pce TAF 17 p. 7], 14 octobre 2013 [pce TAF 17 p. 11 ss] et 15 octobre 2013 [pce TAF 17 p. 15]; rapport de réadaptation du 1er octobre 2013 [pce TAF 17 p. 8 ss]) se rapporte à son état de santé postérieur à la période déterminante. Elle ne peut donc être déterminante pour fixer la capacité de travail de l'assuré en l'espèce (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 et les références citées). Vu l'issue de la cause (cf. supra consid. 10), il reviendra toutefois à l'administration de se prononcer sur ces documents dans le cadre de la procédure complémentaire ordonnée par le présent Tribunal.

E. 9.2

Cela étant, le Tribunal de céans ne peut sans autre se rallier à l'opinion des Drs C. _____ et D. _____ dans la mesure où ceux-ci retiennent que l'intéressé pourrait encore accomplir son activité de boulanger à 70% et pourrait exercer tout autre travail adapté ne requérant pas de port de charges dépassant 20 kg essentiellement et permettant l'alternance des positions (doc 75 p. 8 et doc 84 p. 6; sur la possibilité de dénier la valeur probante d'une expertise sur un point déterminé sans pour le reste remettre en cause l'ensemble de l'appréciation des experts, cf. pour comparaison arrêt du Tribunal fédéral 9C_687/2011 du 8 février 2012 consid. 3.2.1). Comme le souligne à juste titre le recourant (pce TAF 1 p. 8, paragraphes 5 et 6), cette évaluation s'intègre difficilement dans la documentation versée au dossier et cela pas seulement par rapport aux prises de position de son médecin traitant. En effet, il appert que le service médical de l'administration ne fait pas sans autre siennes les conclusions des Drs C. _____ et D. _____ sur ce point. Ainsi, dans le rapport du 13 septembre 2011 (doc 86), la Dresse E. _____ relève que, selon les rapports d'expertise des 27 janvier et 4 juillet 2011, la capacité de travail de l'assuré se monte à 70% dans une activité adaptée aux conditions d'épargne de la colonne cervicale et dorsale et dans un environnement d'exigences professionnelles adapté à ses capacités intellectuelles. En outre, elle interprète l'expertise neurologique du 27 janvier 2011 en ce sens que la persistance des douleurs rachidiennes fluctuantes rendent difficiles le port de charges lourdes et tout effort contraignant pour la nuque et le dos. Or, on cherche en vain dans l'expertise en question une affirmation selon laquelle tout effort mettant sous contrainte la nuque et le dos serait à éviter. Il semble donc que, sans le dire expressément, la Dresse E. _____ remet en question l'avis des Drs C. _____ et D. _____, dès lors que l'on voit mal en l'absence de

toute explication détaillée en la matière qu'un assuré qui doit éviter tout effort contraignant pour la nuque et le dos puisse encore effectuer la profession de boulanger. Les prises de position ultérieures de cette praticienne vont également en ce sens. En effet, dans ses rapports des 14 décembre 2011 (doc 90) et 19 avril 2012 (doc 101), la Dresse E. _____ est d'avis que les capacités de travail décrites par les experts sont à traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation. Or, une telle affirmation n'a de sens que s'il s'agit de démontrer qu'il existe encore une capacité de travail dans l'activité habituelle. On note que, par la suite, l'administration n'a nullement consulté son service de réadaptation mais s'est limitée à indiquer à l'assuré, dans le projet de décision du 20 janvier 2012 (doc 93) et la décision attaquée du 24 octobre 2012 (doc 104 p 3, 1er paragraphe), que, selon son service médical, l'activité de boulanger n'était plus exigible de sa part mais que, dès le 1er Janvier 2010, il serait en mesure d'accomplir toute activité adaptée à ses affections. Ces circonstances sont donc de nature à jeter le doute sur les conclusions des Drs C. _____ et D. _____ quant à l'exigibilité de la profession de boulanger (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 5.3.3; 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 4.2; 8C_56/2013 du 16 juillet 2013 consid. 3.3). Cela vaut d'autant plus que, lors de l'expertise précédente du 22 février 2007, les experts de la Policlinique K. _____ retenaient que l'activité de boulanger n'était actuellement pas exigible de la part de l'assuré "en raison des contraintes inhérentes à cette activité, susceptibles d'aggraver sa myélopathie. [...] Une intervention chirurgicale n'aurait pas la faculté d'augmenter sa capacité de travail, mais plutôt de diminuer les symptômes et d'éviter une possible complication ultérieure, spontanée ou dans le cadre d'un choc cervical, même modéré" (doc 23 p. 14; voir aussi expertise du 1er septembre 2005 [doc 11 p. 6 s.]). Vu cette prise de position antérieure et également les prises de position du médecin traitant de l'assuré, il incombait donc au Dr C. _____ de motiver de façon plus circonstanciée pour quelles raisons il estimait la profession de boulanger encore exigible de la part de l'intéressé.

E. 10

Compte tenu de l'importance des lacunes constatées et cela autant au niveau de la comparaison des revenus qu'en rapport avec la documentation médicale, les actes versés à la cause ne permettent pas de se prononcer valablement sur l'étendue des activités encore exigibles de la part de l'assuré dans un travail de substitution adapté à 70%. En application de l'art. 61 al. 1 PA, il se justifie par conséquent de renvoyer exceptionnellement l'affaire à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à un nouvel examen du cas après avoir entrepris les mesures d'instruction qui s'imposent (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). En ce sens, elle se déterminera sur la pertinence du dernier salaire obtenu par l'assuré pour effectuer la comparaison des revenus (cf. supra consid. 8.1). Le cas échéant, elle se prononcera ensuite sur la nécessité de procéder à un parallélisme des revenus en l'espèce conformément au considérant 8.2. Elle veillera ensuite à compléter les actes de la cause avec la documentation idoine susceptible de faire toute la lumière sur la capacité du recourant à exercer son activité habituelle. Entre notamment en ligne de compte une demande d'explications plus détaillées auprès du Dr C. _____ quant à l'ensemble des limites fonctionnelles de l'assuré et l'exigibilité de la profession de boulanger dans la période déterminante courant jusqu'au 24 octobre 2012 (complément d'expertise; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C-834/2013 du 18 juillet 2014 consid. 7.1 et supra consid. 2.3) et cela après avoir fait établir un profil détaillé des activités effectuées dans la profession de boulanger par un spécialiste en réorientation professionnelle. Par ailleurs, comme l'a relevé l'OAI GE dans sa prise de position du 8 août 2013 (pce TAF 13 p. 3), elle se devra de traiter

la documentation médicale nouvelle produite dans le cadre de la procédure de recours comme une demande de révision.

E. 11

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

E. 12

Le recourant ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 1'500.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail utile et nécessaire accompli par le mandataire (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2; cf., concernant le montant des dépens octroyé à une partie représentée par ASSUAS, l'arrêt du TAF C-2924/2006 du 6 mars 2008 consid. 6).

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