

# **BVGer C-6532/2009 vom 8. Juli 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-07-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6532\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6532_2009)

FR: TAF C-6532/2009 du 8 juillet 2011

IT: TAF C-6532/2009 del 8 luglio 2011

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 2**

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Par ailleurs, l'art. 20 ALCP dispose que, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]). 3.1. 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 (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que 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 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que le nouveau droit n'a aucune influence sur le calcul des rentes d'invalidité mais qu'il a par contre introduit des dispositions plus restrictives quant à la naissance du droit à la rente au plus tôt et au temps de cotisation nécessaire pour avoir droit à une rente. En l'occurrence, l'assuré ne s'est pas vu reconnaître le droit à des prestations de l'assurance invalidité en janvier 2006 respectivement par jugement du 9 janvier 2008 en raison d'un degré d'invalidité de 17% (cf.

supra let. A 2ème paragraphe). Il s'ensuit que la naissance du droit à la rente reste subordonnée, dans le cadre de la présente nouvelle demande, au délai d'attente d'une année (cf. supra consid. 5), les conditions de l'art. 29bis RAI n'étant à l'évidence pas remplies en l'espèce (Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd., Zürich Bâle Genève 2010, p. 366 s.; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_596/2009 du 25 mai 2010 consid. 3.3). Dans ce contexte, on note que, quand bien même l'assuré a déposé sa demande en date du 29 octobre 2008, ce dernier estime implicitement avoir droit à des prestations de l'invalidité à une date antérieure à celle du 31 décembre 2007 (sur ce point particulier cf. supra consid. 9.2). Selon les conclusions de l'assuré, le délai d'attente d'une année a donc commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (cf. Office fédéral des assurances sociales [OFAS] [éd.], Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, état au 1er février 2010, n° 2010 s.). Dans ces circonstances et conformément aux directives émises par l'OFAS (lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007), il se justifie dès lors d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 pour déterminer à partir de quel moment l'éventuel droit à une rente aurait pu naître au plus tôt. Sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont donc celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. 3.2. 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 se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 29 octobre 2007 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 7 septembre 2009, 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, 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, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI; 3 ans selon le droit en vigueur à partir du 1er janvier 2008). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années (pce 108) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

#### **E. 5**

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. 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. Conformément à 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; voir 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). Au vu des atteintes dont est victime le recourant, la lettre b de cette disposition est applicable en l'espèce.

#### **E. 6**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. 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, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

#### **E. 7**

Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

#### **E. 8**

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

### **E. 9.1**

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. 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. 9.2**

En l'espèce, par décision sur opposition du 5 janvier 2006, confirmée par arrêt du Tribunal administratif fédéral du 9 janvier 2008, le recourant ne s'était pas vu reconnaître le droit à une rente d'invalidité au motif qu'il présentait un taux d'invalidité de 17% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Contrairement à ce que semble croire l'assuré, l'objet du présent litige porte donc uniquement sur le point de savoir si son taux d'invalidité a connu une modification notable et d'une durée suffisamment longue pour ouvrir le droit à une rente successivement à la décision de rejet de rente du 5 janvier 2006 jusqu'au 7 septembre 2009, date de la décision attaquée (cf. également consid. 3.2). Dans la mesure où l'assuré remet en question le bien-fondé de la décision du 5 janvier 2006 et de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral subséquent du 9 janvier 2008, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant ces griefs dès lors que le recourant ne peut se prévaloir d'aucun titre permettant de procéder à un tel examen. D'une part, une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA n'est pas possible en l'espèce dans la mesure où la décision du 5 janvier 2006 a été confirmée par une autorité judiciaire (Kieser, op. cit., art. 53 n° 27; voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2.2.1). D'autre part, une révision procédurale de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 9 janvier 2008 selon les art. 121 ss de la loi du Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (par renvoi de l'art. 45 LTAF) présuppose une demande y relative qui n'a pas été déposée en l'espèce, étant au surplus précisé qu'en l'état du dossier aucun motif de révision n'apparaît être donné dans la présente affaire.

### **E. 10**

Lors du rejet de la demande de prestations en janvier 2006, le service médical de l'OAIE, se fondant notamment sur des rapports établis suite à des imageries par résonance magnétique (ci-après IRM) de la colonne lombaire des 2 janvier 2002 (pce 28 faisant part de l'absence de compression radiculaire ou de réduction du canal) et 22 mars 2004 (pce 36) ainsi qu'un rapport médical détaillé E 213 du 6 août 2004 (pce 37) établi par le Dr E. \_\_\_\_\_ (dont la qualification n'est pas connue), a retenu que l'assuré présentait une arthrose cervicale avec syndrome cervical inférieur, un status après hernie discale ayant rendu nécessaire une laminectomie L3/L4 et une stabilisation avec arthrodèse en 2001, une coxarthrose à droite, une périarthrite chronique des épaules et un trouble anxieux-dépressif

(prises de position du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, des 15 avril 2005 [pce 53] et 3 juin 2005 [pce 57]). Selon lui, ces affections entraînaient une incapacité de travail significative dans l'activité habituelle de jardinier; en revanche, l'exercice d'une activité de substitution légère restait exigible à plein temps. Par ailleurs, une comparaison des revenus effectuée en date du 3 janvier 2006 et se référant aux données 2004 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (pce 64) faisait apparaître un taux d'invalidité de 17.2%, étant précisé que l'administration avait opéré une réduction du salaire d'invalidité de 10% pour tenir compte des particularités inhérentes au cas. On note qu'en procédure de recours ayant fait suite à la décision de rejet de rente du 5 janvier 2006, l'assuré avait fait parvenir à l'administration de la documentation médicale nouvelle dont notamment un rapport orthopédique du 14 juin 2006 (pce 136). Le service médical de l'OAIE avait retenu que les documents produits n'étaient pas susceptibles de remettre en question le bien-fondé de la décision entreprise (cf. rapports des 13 avril 2006 [pce 75], 31 juillet 2006 [pce 83] et 30 octobre 2006 [pce 94] rédigés par le Dr D. \_\_\_\_\_).

#### **E. 11**

Dans le cadre de la nouvelle demande du 29 octobre 2008 dont est recours, l'autorité inférieure a notamment versé à la cause un rapport détaillé E 213 du 17 novembre 2008 à nouveau établi par le Dr E. \_\_\_\_\_. Le médecin de l'INSS pose les diagnostics d'arthrose lombaire et cervicale importante, d'arthrodèse L3-L5, de coxarthrose de la hanche avancée et de dysthymie (pce 126 p. 8 n° 7). Selon lui, l'évolution de l'état de santé est lentement progressive au niveau ostéoarthrosique, précisant que, en ce qui concerne les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, le tableau clinique reste similaire à la situation mise en évidence dans le rapport E 213 du 6 août 2004 (pce 126 p. 5 n° 4.8.1 et p. 8 n° 8). Sur le plan psychique, il indique que l'évolution est actuellement favorable selon la nouvelle documentation produite (pce 126 p. 3 n° 4.1 et p. 8 n° 8). Fort de ces constats, il conclut que, sur le plan strictement médical, l'assuré est toujours à même d'accomplir un travail de substitution léger exempt de responsabilité significative et permettant l'alternance des positions (pce 126 p. 8 et 10). Appelé à se déterminer sur la nouvelle documentation produite, le Dr D. \_\_\_\_\_ estime que la liste des diagnostics actuelle ne diffère pas de celle retenue par le service médical de l'OAIE dans sa prise de position du 15 avril 2005 et que la situation semble même s'être améliorée au niveau psychique (prises de position des 2 juin 2009 [pce 128]; voire aussi rapports des 25 août 2009 [pce 135] et 28 juin 2010 [pce 140]). Se basant notamment sur la documentation médicale précitée, l'OAIE a rejeté la nouvelle demande de l'assuré en excluant une modification du taux d'invalidité de nature à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant conteste cette appréciation en se basant avant tout sur un rapport orthopédique du 14 juin 2006. En procédure de recours, il met notamment en avant des rapports médicaux des 6, 7 et 9 octobre 2009.

#### **E. 12**

Cela étant, il appert que la documentation médicale antérieure à la décision attaquée ne permet pas de conclure au niveau de la vraisemblance prépondérante valable dans le droit des assurances sociales à une modification du taux d'invalidité avec incidence sur le droit aux prestations au sens de la jurisprudence précitée, étant rappelé qu'il convient uniquement de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé successivement à la décision du 5 janvier 2006 (cf. supra consid. 9). Comme exposé ci-après, il n'en va pas autrement de la documentation postérieure au 7 septembre 2009 qui, comme on le verra, n'est de toute façon pas déterminante pour l'issue de la cause (cf. consid. 13 ci-dessous).

## **E. 12.1**

Sur le plan psychique, le diagnostic de dysthymie retenu par le médecin de l'INSS est confirmé par deux rapports psychiatriques récents et ne saurait être remis en question par les autres rapports médicaux versés au dossier.

### **E. 12.1.1**

Ainsi, dans un certificat du 1er juillet 2008 (pce 124), la Dresse F. \_\_\_\_\_ atteste que l'assuré est suivi à l'Unité de santé mentale de l'Hôpital G. \_\_\_\_\_ depuis février 2004. Mentionnant que le patient présentait initialement une symptomatologie remplissant les critères d'une dépression majeure, elle relève que le tableau clinique s'est amélioré au cours du temps et s'est stabilisé au stade d'un trouble de l'humeur chronique correspondant à une dysthymie (CIM-10 F34.1). Ce constat est corroboré par un second rapport médical du 21 juillet 2009 établi par la Dresse J. \_\_\_\_\_ travaillant également à l'Unité de santé mentale de l'Hôpital G. \_\_\_\_\_ (pce TAF 1 p. 38) qui reprend le même diagnostic que sa consœur précitée et démontre ainsi que l'amélioration mise en évidence revêt un caractère stable et durable. Ces avis, émis par des spécialistes en psychiatrie qui suivent l'assuré de longue date, ne sauraient être infirmés par le rapport du 13 octobre 2008 établi par le Dr H. \_\_\_\_\_, psychotechnicien (pce 125), qui se limite à retenir de façon succincte et imprécise le diagnostic de dépression sévère à la fin d'une liste de diagnostic portant sur les affections physiques (sur la valeur probante limitée de tests psychologiques cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_209/2011 du 27 mai 2011 consid. 3.2 in fine). Il en va de même des rapports des 23 juillet 2008 (pce 123), 31 juillet 2009 (pce TAF 1 p. 43) et 2 septembre 2009 (pce TAF 1 p. 43) qui ne sont pas rédigés par des spécialistes en psychiatrie et qui se bornent à poser de manière imprécise le diagnostic de dépression parmi d'autres diagnostics somatiques du recourant.

### **E. 12.1.2**

Dans ces conditions, le Tribunal de céans ne peut que se rallier à l'avis des Drs D. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ estimant que l'atteinte psychique dont est atteint le recourant n'entraîne pas d'incapacité de travail de l'assuré. On rappellera que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dysthymie ne constitue en principe pas à elle seule une atteinte à la santé ayant un caractère invalidant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_246/2010 du 11 mai 2010 consid. 2.2.1 et les références citées). Eu égard au fait qu'aucune atteinte psychique grave n'est mise en évidence à côté du diagnostic de dysthymie, il n'y a pas de motifs pertinents pour s'écarter de cette règle jurisprudentielle en l'espèce.

## **E. 12.2**

Sur le plan somatique, il convient de faire les remarques qui suivent.

### **E. 12.2.1**

Dans un rapport du 7 juin 2006 (pce 79 établie suite à une IRM), la Dresse I. \_\_\_\_\_ a fait notamment part d'une protrusion globale des disques C3-C7 qui provoque une compromission générale bilatérale des trous de conjugaison plus accusée au niveau C6-C7 et entrant en contact avec la face antérieure de la moelle épinière de façon plus accentuée en C3-C4; elle met également en évidence, entre autres, une protrusion globale bilatérale des disques L2-L3 et L5-S1 qui provoque une compromission modérée des trous de conjugaison. Dans un rapport du 14 juin 2006 (pce 132), le Dr C. \_\_\_\_\_, traumatologue et chirurgien orthopédiste, relève que le patient souffre de douleurs sévères au niveau

lombaire et des membres inférieurs, plus accentuées du côté gauche, de douleurs cervicales, de paresthésie et de déficience musculaire dans les membres supérieurs, de déficience fonctionnelle de l'épaule gauche et de douleurs et limitations de la hanche droite. Il pose les diagnostics d'arthrose cervicale très intense avec douleurs et répercussions fonctionnelles, de pathologie radiculaire des deux membres supérieurs, surtout du côté droit, de type irritatif sur compression radiculaire avant tout en C6-C7, de spondylarthrose lombaire très avancée avec arthrodèse de L3 à S1, de radiculalgies diffuses et multiples des deux membres inférieurs, de tendinopathie dégénérative de l'épaule droite avec douleurs et limitations fonctionnelles, de neurose dépressive très grave, d'insuffisance vasculaire cérébrale avec instabilité et d'arthrose de la hanche droite. Ce praticien conclut qu'au vu des atteintes somatiques et psychiques observées, il sied de retenir une incapacité de travail pour tout type d'activité avec un taux de 85%. On note que cette appréciation de la capacité de travail ne différerait guère de celle déjà rendue par ce médecin en date du 3 novembre 2004 (cf. pce 51). Appelé à se déterminer sur ce rapport médical, le Dr D. \_\_\_\_\_, dans une prise de position du 31 juillet 2006 (pce 83), relève que le Dr C. \_\_\_\_\_ répète à nouveau les plaintes et handicaps fonctionnels subjectifs rapportés par son patient comme il l'avait déjà fait dans un rapport du 3 novembre 2004. Ce praticien ne livrerait toutefois pas d'éléments objectifs et cliniques permettant de confirmer les pathologies radiculaires alléguées. En particulier, les modifications arthrosiques et les protrusions discales mises en évidence ne permettraient pas de rendre plausible une compression radiculaire. Selon le médecin de l'OAIE, il s'ensuit que les affections somatiques de l'assuré sont suffisamment prises en considération en retenant l'inexigibilité de l'activité habituelle mi-lourde de jardinier.

#### **E. 12.2.2**

Cela étant, force est de constater que le rapport E 213 du 17 novembre 2008, établi en pleine connaissance des constats retenus par la Dresse I. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 juin 2006 (cf. pce 126 p. 7) et après un examen personnel de l'assuré en date du 14 novembre 2008 (pce 126 p. 2 n° 2.1), confirme l'appréciation susmentionnée du Dr D. \_\_\_\_\_. En effet, le Dr E. \_\_\_\_\_ estime que, en 2008, l'état de santé au niveau de la pathologie lombaire est resté similaire à la situation observée en 2004 et que l'assuré est toujours en mesure d'exercer un travail léger à plein temps (pce 126 p. 5 et 10). Contrairement au Dr C. \_\_\_\_\_, il relève l'absence de toute atteinte neurologique et souligne que les membres supérieurs ne présentent aucune atteinte fonctionnelle (pce 126 p. 5). Le Tribunal de céans ne voit aucune raison pertinente de remettre en question ce constat émanant d'un médecin neutre, d'autant que le recourant, dans le questionnaire pour l'assuré du 27 février 2009 (pce 111 p. 4 n° 12), ne fait nullement part de limitations fonctionnelles aux membres supérieurs, qu'il concentre en vain son argumentation sur le fait que le rejet de la rente par décision du 5 janvier 2006 était contraire au droit (cf. à ce sujet supra consid. 9.2) et que le rapport d'imagerie médicale du 7 juin 2006 (pce 79) n'apparaissait pas être de nature à démontrer une péjoration de l'état de santé avec incidence sur la capacité de travail. Par ailleurs, on relève que le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a jamais affirmé que les atteintes somatiques suffisaient à elles seules pour justifier une incapacité de travail dans toute profession mais a constamment insisté sur la corrélation des troubles psychiques (qu'ils considèrent toujours comme très graves) et physiques pour justifier son évaluation de la capacité de travail (cf. pces 52, 132 et TAF 1 p. 7 ss). Or, comme mentionné ci-dessus (cf. supra consid. 12.1.2), la dysthymie dont souffre le recourant ne saurait en soi suffire pour justifier d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique en droit suisse. En outre, l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_

est d'autant moins convaincante que ce praticien ne donne aucune information quant au traitement suivi en rapport avec l'atteinte lombaire et des possibilités d'inventions chirurgicales (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3724/2009 du 4 novembre 2010 consid. 5.2 in fine). Au demeurant, les avis médicaux succincts des 23 juillet 2008 (pce 123), 13 octobre 2008 (pce 125), 31 juillet 2009 (pce TAF 1 p. 43) et 2 septembre 2009 (pce TAF 1 p. 42) qui se limitent pour l'essentiel à dresser une liste de diagnostics ne contiennent également pas de constats cliniques permettant de remettre en doute le bien-fondé des conclusions des D. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ quant au caractère incapacitant des atteintes physiques. Eu égard à l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de conclure que, sur le plan somatique, le recourant n'a pas connu une péjoration de son état de santé de nature à avoir une incidence sur le droit aux prestations (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3724/2009 du 4 novembre 2010 consid. 5.2).

### **E. 13**

En procédure de recours, l'assuré a encore versé à la cause des certificats médicaux des 6, 7 et 9 octobre 2009. Ces documents se rapportent à un état de fait postérieur à la décision attaquée, de sorte qu'ils sortent du cadre temporel du présent litige et ne sauraient être déterminants dans la présente affaire (cf supra consid. 3.2). Ce nonobstant, il sied de retenir que, de toute façon, ils ne sont d'aucun secours au recourant pour les raisons exposées ci-après. Ainsi, dans un rapport du 7 octobre 2009 (pce TAF 1 p. 10 s. établie suite à une résonance magnétique de la colonne cervicale et lombosacrée), la Dresse I. \_\_\_\_\_ fait notamment part d'une protrusion C3-C4, C5-C6 et C6-C7 qui provoque une compromission modérée des trous de conjugaison et une compression de la face antérieure de la moelle épinière. Elle signale également, entre autres, une protrusion globale des disques L2-L3 et L4-L5 qui entraîne une sténose modérée du canal et un trouble dégénératif du disque L5-S1 qui est en contact minime avec la racine S1 et suggère la présence d'une hernie discale. Or, comme le relève de façon convaincante le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 juin 2010 (pce 140), ce document, dont les constats cliniques n'apparaissent pas foncièrement différents de ceux retenus dans le rapport du 7 juin 2006 de ce même médecin et font part de compressions modérées voire minimales de la racine (cf. supra consid. 12.2.1 1er paragraphe), n'est pas susceptible de démontrer, au niveau de la vraisemblance prépondérante, une péjoration de l'état de santé de l'assuré avec répercussion sur sa capacité de travail. Il en va de même du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2009 (pce TAF 1 p. 7 ss), étant précisé que les remarques faites précédemment quant aux rapports antérieurs de ce même praticien (cf. supra consid. 12.2.2) s'appliquent également à ce document. En ce qui concerne le rapport du 6 octobre 2009 établi par le Dr B. \_\_\_\_\_, neurologue et psychiatre (pce TAF 1 p. 12 ss), celui-ci n'est pas convaincant dès lors qu'il reprend dans une grande mesure tels quels les constats mentionnés dans des rapports anciens des 30 septembre 2002 (pce 33) et 8 janvier 2003 (pce 120) sans faire part d'éléments nouveaux permettant de conclure à une péjoration de l'état de santé de l'assuré successivement à la décision de rejet de rente du 5 janvier 2006 et sans indication des traitements en cours voire possibilités d'inventions chirurgicales sur le plan somatique. Par ailleurs, il pose de façon succincte et non concluante des diagnostics psychiatriques différents de ceux retenus par les psychiatres suivant l'assuré à l'Unité de santé mentale de l'Hôpital G. \_\_\_\_\_ (à savoir notamment grave trouble anxieux dépressif mixte, trouble somatoforme douloureux persistant sévère) sans se référer spécifiquement à une classification internationale reconnue avec indication du chiffre diagnostic correspondant. Au demeurant, on ne voit pas en quoi l'insuffisance

vertébrobasilaire mentionnée par Dr B. \_\_\_\_\_ qui en outre n'est pas retenue par le médecin de l'INSS et les psychiatres traitant de l'assuré aurait une incidence quelconque sur la capacité de travail du recourant dans l'exercice d'une activité simple et répétitive telle que préconisée par l'administration (cf. également la prise de position du service médical de l'OAIE du 13 avril 2006 [pce 75]). Eu égard à l'ensemble de ces éléments, le Tribunal de céans peut donc se rallier à l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ qui considère que le rapport du 6 octobre 2009 se base avant tout sur les plaintes subjectives de l'assuré sans faire part d'éléments objectifs suffisants pour justifier les plaintes alléguées et n'est par conséquent pas de nature à rendre plausible une péjoration de l'état de santé de l'assuré, antérieure à la décision attaquée, avec incidence sur sa capacité de travail dans une activité légère adaptée (prise de position du 28 juin 2010 [pce 140]).

#### **E. 14**

Finalelement le Tribunal administratif fédéral ne peut suivre l'argumentation du recourant, selon laquelle l'administration aurait enfreint le droit en reconnaissant aux prises de position du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, une valeur probante supérieure quand bien même il aurait produit des avis divergents émanant notamment d'un psychiatre/neurologue et d'un orthopédiste. Nonobstant le fait que les rapports mis en évidence par l'assuré ne sont pas convaincants et, pour les raisons exposées dans les considérants précédents (voire notamment consid. 12.2.2 et 13), doivent être écartés faute de revêtir une valeur probante suffisante, le médecin de l'OAIE disposait d'une documentation médicale spécialisée permettant de se prononcer, au niveau de la vraisemblance prépondérante, sur la capacité de travail de l'assuré, étant précisé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3). Ainsi, en ce qui concerne le trouble psychiatrique, le Dr D. \_\_\_\_\_ s'est appuyé sur les rapports des psychiatres traitant de l'assuré qui faisaient part d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré par rapport à février 2004 et posaient le diagnostic de dysthymie. Sur le vu de ces données objectives claires et de la jurisprudence en la matière, il n'apparaissait aucunement nécessaire de requérir l'avis d'un psychiatre pour juger de la capacité de travail de l'assuré. Sur le plan somatique, le Dr D. \_\_\_\_\_ disposait d'un certificat du 7 juin 2006 (pce 79) établi après que l'assuré a été soumis à une IRM. Ce document, de même que le rapport du 7 octobre 2009 postérieur à la décision attaquée (pce TAF 1 p. 10 également établi après la réalisation d'une IRM) n'apportaient pas d'éléments objectifs suffisants permettant de conclure à une modification du taux d'invalidité, d'autant que l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assuré était confirmé par l'évaluation de son confrère de l'INSS qui avait procédé à un examen personnel du recourant et a établi un rapport médical E 213 rendu en pleine connaissance de l'anamnèse et en tenant compte des plaintes de l'assuré comme le requiert la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral I 367/06 du 30 mai 2007 consid. 4.2). Dans ces conditions, l'administration pouvait se prononcer dans la présente affaire sans procéder à des investigations complémentaires sur le plan somatique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3724/2009 du 4 novembre 2010 consid. 5.2; C-4016/2009 du 31 janvier 2011 consid. 3.2.1).

#### **E. 15**

Au vu de tout ce qui précède, il appert que la modification de l'état de fait alléguée par le recourant n'est pas de nature à avoir une incidence significative sur sa capacité de gain dans

une activité adaptée et, partant, sur le taux d'invalidité retenu par jugement du Tribunal administratif du 9 janvier 2008. Il n'y a ainsi pas lieu de procéder à une nouvelle comparaison des revenus (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 3.2).

#### **E. 16**

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, 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 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par l'assuré. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

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