

BVGer C-6774/2010 vom 24. Oktober 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6774_2010

FR: TAF C-6774/2010 du 24 octobre 2012

IT: TAF C-6774/2010 del 24 ottobre 2012

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 2

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, il sied de relever que 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. A cette date sont ainsi également entrés en vigueur, 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, de même que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

E. 3

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). Etant donné que la procédure de révision de la rente a été entamée en novembre 2009 (pce 152) et que la décision entreprise a été prononcée en août 2010, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

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. 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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).

5.1 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. 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. Conformément à un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En particulier, si l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1), étant précisé que ni la situation familiale ou économique, ni un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 et supra consid. 10).

5.2 La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêts du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.5; I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b in VSI 1998 p. 296 et les références). La notion de marché équilibré du travail embrasse également les "emplois de niches", à savoir des places de travail dans lesquelles la personne présentant un handicap doit compter sur une certaine bienveillance et un engagement social de la part de son employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2009 du 12 février 2010 consid. 4.2.1). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités d'emploi irréalistes, ou se borner à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail. On ne peut en effet parler d'une activité raisonnablement exigible au sens de l'art. 28 al. 2 LAI dans la mesure où elle n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail général ne la connaît pratiquement pas ou qu'à la condition de concessions irréalistes de la part d'un employeur

(arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.3 avec références). S'il est vrai que des facteurs tels que le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois très difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4; 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2; 8C_418/2011 du 27 juillet 2011 consid. 3.2; 8C_944/2011 du 17 avril 2012 consid. 3.2). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a statué à de nombreuses reprises que la perte d'usage du bras dominant ne rendait pas, en soi, la reprise d'un travail adapté illusoire, par exemple dans des travaux simples de surveillance ou de contrôle dans l'industrie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3 et les références).

E. 6

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. 7

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'administration et, en procédure de recours, le juge constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). En particulier, une expertise sera mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 122 V 157 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_439/2010 du 27 février 2012 consid. 5.2 et les références citées).

E. 8

En l'espèce, l'objet du litige a trait au point de savoir si l'état de santé du recourant a connu une détérioration notable, singulièrement s'il présente nouvellement un taux d'invalidité égal ou supérieur à 70% justifiant de remplacer les trois quarts de rente alloués jusqu'alors à l'assuré sur la base d'un taux d'invalidité de 67% par une rente entière. 9.1 Selon l'art. 17 LPGa (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. 9.2 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'art. 88a al. 2 RAI prévoit que, si l'incapacité de gain de l'assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 9.3 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où a été rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente qui constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En l'occurrence, sur demande de révision de l'intéressé du 24 septembre 2004 (pce 76), l'autorité inférieure a recueilli plusieurs documents médicaux dont notamment des expertises orthopédique et neurologique des 9 mai et 2 août 2006 (pces 113 et 126) et retenu par décision du 25 janvier 2007 (pce 142 confirmée par arrêt du Tribunal de céans C-1464/2007 du 8 juillet 2008 [pce 151]) que le taux d'invalidité du recourant était toujours de 67% ce qui avait pour conséquence un droit inchangé à un trois quarts de rente d'invalidité. La décision du 25 janvier 2007 se basait donc sur un examen approfondi du droit à la rente et constitue ainsi in casu le point de départ pour la comparaison des faits déterminants. Il convient par conséquent, dans un premier temps, d'examiner l'état de faits ayant existé à ce moment-là (cf. consid. 10 ci-après). 10.1 A titre liminaire, il convient de rappeler que, par décision du 27 mars 1996 (pce 26), l'OAI AG a mis l'intéressé au bénéfice d'une rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 67%, ce qui, en son temps, ouvrait le droit à une rente entière. Dans ce contexte, il ressort du dossier (cf. comparaison des revenus du 2 février 1996 [pce 28]) que l'administration cantonale avait repris à son compte l'argumentation développée par la CNA dans une décision du 8 janvier 1996 (dossier CNA, p. 37-43), selon laquelle le recourant n'était certes plus à même d'exercer son ancienne activité d'ouvrier dans la métallurgie mais que, en revanche une activité adaptée,

sans utilisation du bras droit dominant, était exigible de sa part à mi-temps (voire aussi rapport du Dr B. _____, médecin d'arrondissement de la CNA relevant que, sur le plan médico-théorique, l'assuré peut uniquement utiliser sa main gauche et qu'une activité de surveillance à mi-temps serait exigible de sa part dans des locaux relativement chauds [certificat du 23 novembre 1995 {dossier CNA, p. 4-6}]). Par décision sur opposition du 11 avril 2005 entrée en force (pce 92), l'OAIE a ensuite remplacé la rente entière de l'intéressé par trois quarts de rente, motifs pris que, suite à la révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2004, le taux d'invalidité de 67% que continuait de présenter l'assuré ne donnait plus droit à une rente entière. 10.2 Le 24 septembre 2004 (pce 76), le recourant a déposé une demande révision de la rente en faisant valoir que son état de santé s'était péjoré avec aggravation de la symptomatologie à la main droite et apparition de nouvelles atteintes, à savoir avant tout de troubles dégénératifs importants du rachis avec affection radiculaire. Cette requête a été rejetée par décision du 25 janvier 2007 (pce 142) confirmée par le Tribunal administratif fédéral (arrêt C-1464/2007 du 8 juillet 2008 entré en force [pce 151]). A cet égard, l'administration se basait avant tout sur une expertise orthopédique du 9 mai 2006 (pce 126), une expertise neurologique du 2 août 2006 (pce 113) et deux prises de position de son service médical des 27 novembre 2006 et 23 janvier 2007 (pces 132 et 141).

10.2.1 Dans le premier document cité, les Drs C. _____ et D. _____ posent le diagnostic de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit (pce 126 p. 10). Relevant que, selon les données subjectives de l'intéressé, les douleurs se seraient péjorées avec extension à l'hémicorps droit, ils concluent que l'assuré présente une incapacité fonctionnelle presque complète de son membre supérieur droit et qu'il est probable que la capacité de travail ne se soit que peu modifiée par rapport à l'état actuel (pce 126 p. 11). Sur le plan médico-théorique, ils retiennent que l'ancienne activité de manutentionnaire n'est plus exigible de la part de l'intéressé mais qu'un travail de type surveillance ou gardiennage (sans intervention) pourrait encore être envisagé à temps partiel (pce 126 p. 11-12).

10.2.2 Dans l'expertise neurologique du 2 août 2006 (pce 113), les Drs E. _____ et F. _____ qui procèdent à une confusion entre taux d'invalidité et capacité de travail de l'assuré retenus jusqu'alors posent les diagnostics de traumatisme de la main droite avec hypersensibilité douloureuse et irradiation du membre supérieur et inférieur droit dans un premier temps et actuellement de tout l'hémicorps à droite pouvant être compatible avec une algodystrophie. Sur ces constats, ils estiment que l'incapacité de l'assuré est restée stable à 67%, de sorte que celle-ci ne peut pas être augmentée (pce 113 p. 4-5).

10.2.3 Appelé à se déterminer, le Dr G. _____, du service médical de l'OAIE, estime que ces expertises ne permettent pas de conclure à une péjoration de la capacité de travail constatée jusqu'alors chez l'assuré (prise de position du 27 novembre 2006 [pce 132]).

10.2.4 Par la suite, le recourant a produit un rapport du 27 décembre 2006 (pce 138 signée par le Dr H. _____) faisant notamment part de séquelles graves d'un traumatisme de la main droite avec douleurs neuropathiques prononcées, de douleurs cervicales dorsales et lombaires de type musculo-ligamentaire avec importantes contractions, de hernie discale L5-S1 droite avec contraction de la racine, de lombosciatalgie droite en S1, de protrusions discales en C5-C6 et C6-C7, d'important syndrome anxio-dépressif mixte, de périarthrite scapulo-humérale droite et d'insuffisance vasculaire cérébrale.

10.2.5 Invité à se prononcer sur ce document, le Dr G. _____ estime que celui-ci répète l'anamnèse et les diagnostics actuels mis à part l'affection psychiatrique qui paraît toutefois peu crédible vu le manque de données concrètes à ce sujet. Il ne décèle par conséquent aucun argument lui permettant de remettre en question son appréciation précédente (prise de position du 23 janvier 2007 [pce 141]).

10.2.6 C'est donc notamment sur la base de ces documents que l'administration en 2007, puis le Tribunal administratif fédéral en procédure de recours en 2008, ont conclu que la capacité de travail résiduelle de l'assuré était demeurée inchangée, à savoir 50% dans une activité adaptée de type surveillance. Dans ce contexte, il appert que ni les troubles dégénératifs au rachis ni les autres pathologies mentionnées par le Dr H._____ dans son rapport du 27 décembre 2006 (cf. supra consid. 12.2.4) n'avaient été considérés comme susceptibles d'avoir des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée à mi-temps.

E. 11.1

Lors de la procédure de révision de la rente entamée fin novembre 2009, l'OAIE a recueilli différents rapports médicaux concernant la période déterminante, à savoir en particulier des certificats des 4 janvier 2010 (pce 161 [Dr I._____, médecin généraliste]), 9 janvier 2010 (pce 162 [Dresse J._____, médecin d'attention primaire]), 1er février 2010 (pce 173 [Dr K._____, spécialiste en traumatologie et chirurgie orthopédique]), 25 février 2010 (pce 163 [Dr L._____, psychiatre]), 25 février 2010 (pce 164 [Dr M._____, neurologue]), 2 mars 2010 (pce 165 [Dr N._____, orthopédiste]), 25 mars 2010 (pce 166 [rapport médical E 213]), 7 avril 2010 (pce TAF 1 p. 14 [Dr O._____]), 19 mai 2010 (pce TAF 1 p. 13 [Dr P._____]), 25 mai 2010 (pce 171 [rapport du service médical de l'OAIE]), 25 juin 2010 (pce 174 [Dr I._____]) et 25 juin 2010 (pce 175 [Dr Q._____, psychiatre]). Ces pièces font notamment part d'un traumatisme à la main droite suite à un accident intervenu en 1993, de troubles dégénératifs au rachis avec lombosciatique, de tendinite des rotateurs de l'épaule gauche respectivement d'une rupture des rotateurs de l'épaule gauche, d'un trouble de l'adaptation, d'une insuffisance vasculaire cérébrale, d'un colon irritable et d'une gonarthrose.

E. 11.2

Sur la base de cette documentation, le recourant estime avoir démontré une péjoration notable de son état de santé, ce que l'administration réfute.

E. 12

Le Tribunal de céans prend position comme suit:

E. 12.1

Tout d'abord en ce qui concerne l'affection à la main droite, il est admis que ce membre donne lieu à une hypersensibilité douloureuse suite à l'accident dont a été victime l'assuré en 1993 et qu'il ne peut être utilisé convenablement par ce dernier pour effectuer une activité lucrative. Ainsi, depuis l'octroi initial de la rente, l'assuré a-t-il été considéré, sur le plan médico-thérorique, comme un travailleur monomanuel ne pouvant mettre à profit sa main respectivement son bras dominant et étant réduit à accomplir des activités principalement de surveillance à mi-temps avec utilisation de son bras gauche uniquement (cf. infra consid. 10.1; sur la jurisprudence y afférente cf. infra consid. 5.2 in fine). Cette évaluation n'avait ensuite pas été remise en cause par les expertises orthopédique et neurologique des 9 mai et 2 août 2006 (cf. pces 113 et 126), ce qui avait incité l'administration, qui se fondait de surcroît sur des rapports de son service médical des 27 novembre 2006 et 23 janvier 2007 (pces 132 et 141), à retenir un degré d'invalidité inchangé de 67% par décision du 25 janvier 2007 (pce 142), confirmée par le Tribunal administratif fédéral (arrêt C-1464/2007 du 8 juillet 2008 entré en force [pce 150]). Dans ce contexte, force est de constater que la nouvelle documentation médicale versée à la cause confirme les limitations fonctionnelles

retenues jusqu'ici en ce qui concerne le membre supérieur droit (cf. notamment rapports des 9 janvier 2010 [pce 162], 1er février 2010 [pce 173], 25 février 2010 [pce 164], 2 mars 2010 [pce 165] et rapport médical E 213 du 25 mars 2010 [pce 166]) et ne permet pas de conclure faute d'éléments objectifs suffisamment pertinents (cf. également les consid. 12.2 ss ci-après) à une péjoration de l'état de santé à ce titre avec incidence sur la capacité de travail résiduelle.

E. 12.2

Ensuite, pour ce qui est de l'atteinte au rachis, on rappelle que, selon la jurisprudence, la simple présence de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale (serait-ce même avec atteinte radiculaire) ne saurait en soi conduire automatiquement à une incapacité de travail notable dans une activité de substitution, d'autant plus si, comme en l'espèce, seules des activités adaptées légères, exercées à mi-temps, entrent en ligne de compte. Bien plutôt, cette question se détermine à l'aune des estimations médicales versées au dossier quant à la gravité et aux répercussions de cette affection (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 3.1.2). Or, dans la présente affaire, on note que le recourant avait déjà fait valoir une péjoration de son état de santé pour cause d'atteinte à la colonne vertébrale dans une demande de révision du 24 septembre 2004 (pce 76). La documentation produite en son temps faisait part d'une pathologie de la colonne vertébrale très importante tant au niveau cervical que lombaire (cf. rapport du 28 décembre 2004 établi par le Dr U. _____ [pce 89 p. 4]) avec troubles dégénératifs notamment en C3-C4, C5-C6, C6-C7, L4-L5 et L5-S1, compression médullaire modérée en C6-C7 et signes de dénervation chronique en L5-S1 des deux côtés et C5-C6 des deux côtés (rapport du 27 décembre 2004 signé par le Dr X. _____ [pce 86]; résultat d'une EMG du 27 décembre 2004 [pce 87 établie par le Dresse R. _____] et rapport précité du 28 décembre 2004). Cette atteinte avait été l'élément décisif ayant incité l'OAIE à mettre sur pied des expertises orthopédique et neurologique (cf. prise de position du Dr G. _____, de l'OAIE, du 4 avril 2005 [pce 91]). Or, ni les Drs C. _____ et D. _____, dans l'expertise orthopédique du 9 mai 2006 (pce 126 p. 11, dernier paragraphe, et p. 12), ni les Drs E. _____ et F. _____, dans l'expertise neurologique du 2 août 2006 (pce 113 p. 4-5) n'avaient retenu une incapacité de travail supplémentaire à ce titre. Dans ce contexte, aucun élément suffisamment pertinent ne permet de conclure que la situation se serait détériorée sur ce point comme l'a indiqué de façon convaincante le médecin de l'OAIE dans un rapport du 25 mai 2010 (pce 171). Ainsi, les Drs I. _____ (rapport du 4 janvier 2010 [pce 161]), J. _____ (rapport du 9 janvier 2010 [pce 162]) et M. _____ (rapport neurologique du 25 février 2010 [pce 164]) font certes part d'une lomboarthrose avec lombosciatique. Toutefois, en pleine connaissance de ces documents (pce 166 p. 7) et des plaintes de l'intéressé (pce 166 p. 1 n° 3.1 et p. 8 n° 7), le Dr S. _____, de l'INSS, estime que l'atteinte cervicale et lombaire ne fait pas obstacle à l'exercice d'un travail adapté ne requérant pas l'utilisation de la main droite (rapport médical E 213 du 25 mars 2010 [pce 166 p. 10 n° 11.5-11.6]). De surcroît, le Dr P. _____, dans un rapport du 18 mai 2010 (pce TAF 1 p. 13), se limite à indiquer que l'assuré doit éviter les travaux impliquant une surcharge de la colonne cervicale et lombaire. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal peut donc sans autre se rallier à l'appréciation de l'administration selon laquelle l'atteinte au rachis ne constitue pas un obstacle à la réalisation d'une activité adaptée légère à mi-temps comme déjà précédemment. Par ailleurs, on note que le recourant a produit en procédure de recours des documents médicaux postérieurs à la décision attaquée qui concernent l'affection à la colonne vertébrale (cf. notamment rapport du 6 septembre 2010 signé par la Dresse R. _____ [pce

TAF 1 p. 8 ss]; rapport du 9 septembre 2010 établi par le Dr T._____ [pce TAF 1 p. 16 ss]; rapport du 10 septembre 2010 rédigé par le Dr U._____ [pce TAF 1 p. 19 ss.]. Ces certificats se rapportent à un état de fait respectivement des constats postérieurs à la période déterminante et ne sont donc en principe pas pertinents pour l'issue de la cause (ATF 99 V 98 consid. 4; arrêts du Tribunal fédéral 9C_193/2012 du 26 juillet 2012; 9C_676/2010 du 22 novembre 2010 consid. 3.2.2 et 9C_527/2011 du 24 janvier 2012 consid. 2.3). Quoiqu'il en soit, on observe que le Dr G._____, dans une prise de position du 18 janvier 2011 (pce 180), relève de façon convaincante que les documents en cause ne mettent pas en évidence de troubles nouveaux qui pourraient avoir une incidence sur la capacité de travail résiduelle du recourant, sans que le Tribunal administratif fédéral n'aient des doutes, même minimes, quant au bien fondé de cette estimation en rapport avec la période déterminante.

E. 12.3

Troisièmement, on relève qu'il est nouvellement fait part d'une affection à l'épaule gauche de l'assuré (cf. rapports du 4 janvier 2010 et 1er février 2010 mentionnant une tendinite respectivement une tendinopathie des rotateurs à cet endroit [pce 161 établie par le Dr I._____ et pce 173 rédigée par le Dr K._____]). Quant au Dr M., neurologue, il constate une faiblesse dans les deux bras avec présence de douleurs lors de la mobilisation de l'épaule gauche (rapport du 25 février 2010 [pce 164]). En pleine connaissance de cette problématique (pce 166 p. 2 n° 3.1 in fine), le Dr S._____, de l'INSS, n'a toutefois retenu aucune incapacité de travail à ce titre dans une activité adaptée (cf. pce 166 p. 10 n 11.5-11.6 et p. 5 et 8 mentionnant uniquement des limitations fonctionnelles concernant le bras droit). Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs suffisamment pertinents pour remettre en cause cette appréciation. Certes, il est vrai que le Dr I._____, dans des certificats des 25 juin 2010 (pce 174) et 2 septembre 2010 (pce TAF 1 p. 10) pose nouvellement le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, ce qui semble signaler une détérioration de l'affection en cause (cf. <http://www.chirurgiemain.fr/pathologies/pathologies-de-lepaule/rupture-de-la-coiffe-des-rotateurs-de-lepaule/>; site consulté le 3 octobre 2010). Toutefois, cette atteinte n'est mentionnée que comme un diagnostic parmi d'autres sans aucune explication y afférente (notamment quant à la gravité de l'atteinte, au traitement mis en place, à la nécessité de procéder à un geste chirurgical) ni renvoi à des imageries médicales qui viendraient confirmer la retenue de ce diagnostic. Par ailleurs, on relève qu'une affection à l'épaule gauche n'est nullement indiquée dans plusieurs rapports médicaux récents donnant portant un récapitulatif des affections somatiques en cause (cf. notamment rapports des 25 février 2010 [pce 163], 7 avril 2010 [pce TAF 1 p. 14 signée par le Dr O._____], 18 mai 2010 [pce TAF 1 p. 13 établie par le Dr P._____] et 10 septembre 2010 [pce TAF 1 p. 19-25 signée par le Dr U._____], ce qui parle en défaveur d'une atteinte incapacitante au sens de la LAI dans une activité de substitution. Compte tenu de ces circonstances, on pouvait s'attendre du recourant auquel, entre autres, les prises de position du médecin de l'OAIE avaient été transmises pour connaissance et qui avait été invité à déposer ses observations par ordonnances des 22 mars 2011 (pce TAF 11 [délai pour déposer une réplique]) et 28 juin 2011 (pce TAF 16 [délai pour répondre à la duplique de l'autorité inférieure]) qu'il produise de la documentation médicale idoine et circonstanciée confirmant ses thèses ainsi qu'une argumentation topique si l'atteinte à l'épaule l'empêchait véritablement d'accomplir une activité légère à mi-temps, principalement de surveillance (sur les limites du principe inquisitoire voire infra consid. 7). Eu égard à l'ensemble de ces éléments, le Tribunal administratif fédéral peut donc conclure

au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales que, jusqu'à la date de la décision attaquée, l'affection à l'épaule gauche n'a pas entraîné de répercussions sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré telle qu'elle avait été retenue en son temps par décision du 25 janvier 2007.

E. 12.4

Sur le plan psychiatrique, on observe que déjà dans un rapport établi en 1994 par le Dr V. _____ et resté isolé, il était fait part, de façon succincte, d'une composante dépressive chez l'assuré (dossier CNA, p. 14). Puis, plus de 10 ans plus tard, le Dr H. _____ a posé le diagnostic d'important syndrome anxieux-dépressif mixte (rapport du 27 décembre 2006 [pce 138 p. 2]). L'administration, par décision du 25 janvier 2007 (pce 142), puis le Tribunal administratif fédéral, par arrêt C-1464/2007 du 8 juillet 2008 entré en force (pce 150 p. 14), ont toutefois dénié la présence, sur le plan psychiatrique, d'une atteinte incapacitante. Or, il appert que la nouvelle documentation médicale versée au dossier ne permet pas d'aboutir à un résultat différent dans la présente procédure. En effet, dans un certificat psychiatrique du 25 février 2010 (pce 163), le Dr L. _____ relève que depuis son accident en février 1993 l'intéressé présente un changement brusque de caractère et de la tristesse (aggravée par la douleur et les limitations fonctionnelles). En outre, il se plaint de perte de concentration et de plaisir, d'humeur dépressive, d'insomnie et fait part de périodes de colère. Sur la base de ces constats, le Dr L. _____ retient le diagnostic de trouble adaptatif (mentionné en tant qu'"impression clinique") et souligne que, selon lui, il serait fondamental de mettre sur pied des traitements pharmacologique et psychothérapeutique afin d'atténuer une part des souffrances endurées. En pleine connaissance de cette prise de position (cf. pce 166 p. 7 et p. 8 n° 7), le Dr S. _____, de l'INSS, estime ensuite que l'atteinte psychiatrique ne fait pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée (pce 166 p. 10 n° 11.5-11.6), ce que confirme le service médical de l'OAIE dans des prises de position des 18 janvier 2011 (pce 180) et 13 mai 2011 (pce 182). Le Tribunal de céans ne décèle aucun motif suffisamment pertinent pour remettre en question cette appréciation, d'autant que la documentation médicale postérieure fait part d'une évolution positive. En effet, le Dr Q. _____, dans un rapport psychiatrique du 25 juin 2010 (pce 175) ne fait aucunement part d'une incapacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique et retient que le patient s'est apaisé depuis la mise en place du traitement, même s'il subsiste de l'anxiété face aux déficits fonctionnels et douleurs endurés (voire aussi le rapport psychiatrique du 13 avril 2011 [pce TAF 13 p. 4] indiquant une amélioration de l'anxiété et un sommeil acceptable).

E. 12.5

On observe aussi que, de façon isolée, les médecins traitant de l'assuré font part d'une insuffisance vasculaire cérébrale avec céphalée et perte de mémoire (rapports des 1er février 2010 [pce 173], 9 février 2010 [pce 162] et 10 septembre 2010 [pce TAF 1 p. 25]). Or, force est de constater que la présence d'une telle atteinte avait déjà été signalée par le Dr H. _____ dans un rapport du 27 décembre 2006 (pce 138) sans que l'administration ni le Tribunal administratif fédéral, appelé à se prononcer sur recours, n'aient attaché une quelconque pertinence à cette mention en son temps (cf. décision du 25 janvier 2007 [pce 163] et arrêt C-1464/2007 du 8 juillet 2008 (pce 151)). Or, il n'y a aucune raison de décider différemment dans la présente procédure. En effet, d'une part, les médecins précités se bornent à mentionner une telle atteinte sans renvoyer à des éléments objectifs idoines qui permettraient de confirmer ce diagnostic. D'autre part, il appert que l'insuffisance cérébrale n'est pas retenue dans le rapport neurologique du 25 février 2010 (pce 164) et le rapport

médical E 213 du 25 mars 2010 (pce 166), tous effectués sur initiative de l'INSS (cf. pce 156). Dans ces circonstances, le Tribunal de céans ne saurait reconnaître un caractère incapacitant à cette affection, sans que des mesures d'instruction complémentaires s'avèrent nécessaires (sur les limites du principe inquisitoire cf. infra consid. 7 et 12.3 in fine).

E. 12.6

Finally rien au dossier ne permet de retenir que le colon irritable mentionné dans divers rapports médicaux (cf. notamment certificats des 4 janvier et 25 février 2010 [pces 161 et 164] puisse avoir une incidence significative sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé comme le relève de façon convaincante le service médical de l'OAIE dans une prise de position du 18 janvier 2011 (pce 180). Il en va de même de la gonarthrose (cf. notamment rapport médical du 1er février 2010 [pce 173]), étant relevé que le rapport médical E 213 du 25 mars 2010 signale que l'intéressé marche normalement (pce 166 p. 5).

E. 13

Eu égard à ce qui précède et ce même en prenant en considération l'imbrication des affections somatiques et psychiatriques dans le cas concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_821/2009 du 23 mars 2010 consid. 4.2), le Tribunal de céans peut retenir que la documentation médicale versée au dossier est suffisante pour exclure au niveau de la vraisemblance prépondérante une modification de la capacité de travail de l'assuré dans la période déterminante qui aurait une influence significative sur le taux d'invalidité retenu en janvier 2007.

E. 14

Vu l'absence d'une modification de la capacité de travail résiduelle, il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle comparaison des revenus (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_526/2010 du 15 septembre 2010 consid. 4; 9C_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 3.2; voire aussi arrêt 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5).

E. 15

Compte tenu de 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.