

# **BVGer C-6962/2016 vom 3. September 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6962\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6962_2016)

FR: TAF C-6962/2016 du 3 septembre 2018

IT: TAF C-6962/2016 del 3 settembre 2018

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.3**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

### **E. 1.4**

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 7 novembre 2016 est recevable quant à la forme.

### **E. 2.1**

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant portugais, vivant au Portugal - Etat membre de l'Union européenne (UE) - a été assuré en Suisse de 1986 à 1998 (annexe à TAF pce 7). La cause

doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision no 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) no 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement no 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF 8C\_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C\_54/2012 du 2 avril 2012).

## **E. 2.2**

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

## **E. 2.3**

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2). En l'occurrence, vu la première décision de refus de rente d'invalidité du 31 mai 2013 (cf. AI pce 25), l'arrêt de travail intervenu le 8 octobre 2013 (cf. AI pces 36 ; 58 ; 61 p. 1 ; 65 p. 2), la nouvelle demande de prestations du 12 mars 2014 (cf. AI pce 31) et la décision litigieuse du 30 septembre 2016 (cf. AI pce 83), les dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur au 8 octobre 2013 et les éventuelles modifications législatives jusqu'au 30 septembre 2016, y compris les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), sont applicables.

## **E. 2.4**

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit le 30 septembre 2016. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

### **E. 3**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd. 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 no 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneuenbühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd. 2013, p. 25 no 1.55).

#### **E. 4.1**

En l'occurrence, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 30 septembre 2016 (cf. AI pce 83), par laquelle il a été dénié à l'intéressé tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité en raison du fait que ce dernier ne présentait pas un taux d'invalidité suffisant au sens de la LAI pour ouvrir un droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse.

#### **E. 4.2**

La décision dont est recours fait suite à une première demande de prestations AI déposée le 27 juillet 2012 en raison notamment d'une affection située au niveau de la colonne cervicale et lombaire (cf. AI pces 9 ; 20 p. 4) qui avait été rejetée par décision du 31 mai 2013 au motif que l'activité de boucher-charcutier exercée à ce moment-là permettait la réalisation d'un gain qui excluait le droit à une rente (cf. AI pce 25).

#### **E. 4.3**

En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b).

#### **E. 4.4**

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a

refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

#### **E. 4.5**

Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec son alinéa 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71).

#### **E. 4.6**

En l'espèce, l'OAIE est entré en matière sur la nouvelle demande. Par conséquent, le Tribunal de céans doit déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de l'assuré, si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, il rejettera le recours. Dans le cas contraire, il devra déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à la rente, autrement dit, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 12 septembre 2014 (art. 29 al.1 LAI ; cf. la nouvelle demande datée du 12 mars 2014 [AI pce 31] ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. 140 V 2 consid. 5 ; 142 V 547 consid. 3).

#### **E. 5.1**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI suisse (art. 36 LAI).

#### **E. 5.2**

En l'espèce, le recourant a cotisé à l'AVS/AI suisse de façon non continue entre 1986 et 1998 (annexe à TAF pce 7) pour une durée dépassant nettement les trois années minimales de cotisations requises. Partant, il remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressé est invalide au sens de la loi.

#### **E. 6.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

#### **E. 6.2**

En l'espèce, il ressort des pièces figurant à la procédure que le recourant a été en arrêt maladie depuis le 8 octobre 2013 (cf. AI pces 36 ; 58 ; 61 p. 1 ; 65 p. 2), de sorte que le délai d'une année selon l'art. 28 al. 1 LAI est échu le 8 octobre 2014. En outre, sa demande de prestations date du 12 mars 2014 (AI pce 31 p. 7 no 14), de sorte que le délai de six mois selon l'art. 29 al. 1 LAI est échu le 12 septembre 2014. Dès lors, l'éventuel droit à une rente d'invalidité pouvait naître au plus tôt à partir du 8 octobre 2014.

### **E. 7.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] no 883/2004).

### **E. 7.2**

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

### **E. 8.1**

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

### **E. 8.2**

Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points

litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4).

### **E. 8.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

#### **E. 8.3.1**

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

#### **E. 8.3.2**

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 no 2920 ss). Les rapports SMR sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la

jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. p. 799 no 2920).

### **E. 9.1**

Dans une première décision rendue le 31 mai 2013, l'autorité inférieure a rejeté la première demande de prestations déposée le 27 juillet 2012 par le recourant au motif que l'activité de boucher-charcutier exercée à ce moment-là permettait la réalisation d'un gain qui excluait le droit à une rente (cf. AI pce 25). Dans le cadre de cette première demande, l'atteinte à la santé se situait principalement au niveau de la colonne cervicale et lombaire (notamment syndrome cervicospondylogène sur altérations dégénératives ainsi que canal spinal étroit et syndrome lombospondylogène chronique sur altérations dégénératives ; cf. AI pce 22). En outre, les médecins traitants ont notamment évoqué des troubles des membres supérieurs et des paresthésies des mains causés par les altérations dégénératives de la colonne cervicale, un syndrome du tunnel carpien dans la phase sensitive degré léger à droite, des troubles des membres inférieurs causés par les altérations dégénératives de la colonne lombaire, respectivement une sciatalgie gauche irradiante dans le membre inférieur gauche ainsi qu'une ostéoarthrose avec des arthralgies généralisées (cf. AI pces 1 ; 2 ; 7 ; 13 ; 14 ; 15 ; 16 ; 18).

### **E. 9.2**

Moyennant une deuxième décision rendue le 8 avril 2015, l'OAIE a rejeté la deuxième demande de prestations de l'intéressé déposée le 12 mars 2014 au motif que l'activité de boucher-charcutier exercée à ce moment-là permettait toujours la réalisation d'un gain qui excluait le droit à une rente. A l'appui de cette demande avaient été produites diverses nouvelles pièces médicales desquelles ressort que le recourant souffrait en sus des affections connues lors de la première demande de prestations notamment d'un conflit sous-acromial bilatéral, d'une arthrite psoriasique ainsi que d'une atteinte psychiatrique (cf. AI pces 29 ; 38 ; 39 ; 40 ; 41 ; 45 ; 58 ; 60). Ainsi, une partie des troubles de santé à l'origine de la deuxième demande de prestations relevaient d'atteintes non existantes (ou du moins pas soulevées) au moment de la première demande. Cette deuxième décision a fait l'objet d'un recours au Tribunal de céans qui a, par arrêt du 30 novembre 2015, prononcé l'admission du recours, l'annulation de la décision entreprise et le renvoi de l'affaire à l'OAIE afin que celle-ci procède à un complément d'instruction économique visant notamment à déterminer si et à partir de quelle date le recourant avait cessé son activité professionnelle, et rende ensuite une nouvelle décision (cf. AI pce 62 p. 6).

### **E. 9.3**

A l'issue de l'exécution de cet arrêt par l'OAIE, dit Office a, dans une troisième décision rendue le 30 septembre 2016, décision litigieuse dans la présente procédure, de nouveau rejeté la deuxième demande de prestations de l'intéressé au motif que la documentation médicale produite par ce dernier confirmait les atteintes à la santé connues, autrement dit qu'elle n'apportait pas d'éléments nouveaux, et que compte tenu de la diminution de la capacité de gain de l'intéressé de 29%, il n'y avait pas d'invalidité au sens de la LAI (cf. AI

pce 83). Dans le cadre de l'exécution de l'arrêt du Tribunal de céans avaient été produites diverses nouvelles pièces médicales établies par les médecins traitants qui ont retenu que le recourant souffrait en sus des affections existantes au moment de l'arrêt du Tribunal de céans du 30 novembre 2015 de nouvelles atteintes, à savoir d'une myélopathie située au niveau de la colonne cervicale en C4/C5, d'hernies intra-spinales de la colonne lombaire situées en L1/L2 ainsi que de troubles de la colonne dorsale (cf. AI pces 76 ; 77 ; 78 ; 79 ; 80 ; annexe à TAF pce 1). Ainsi, une partie des troubles de santé attestés par les médecins portugais relevaient d'atteintes non existantes (ou du moins pas soulevées) au moment de la première demande de prestations et de l'arrêt du Tribunal de céans du 30 novembre 2015. En outre, il a été fait état d'une aggravation de la situation clinique du recourant et d'une aggravation des plaintes de l'intéressé de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains et des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des membres supérieurs (cf. AI pce 76 ; annexe à TAF pce 1 ; 11).

### **E. 10.1**

Dans le cadre du présent recours, l'intéressé conteste les conclusions des rapports des médecins de l'administration invoquant que ces derniers n'avaient pas tenu compte des divers rapports médicaux au dossier. Il fait en outre valoir que son état de santé s'était entretemps aggravé et qu'il ne lui permettait pas de pouvoir subvenir à ses besoins, son incapacité de travail étant totale (cf. TAF pce 1 ; 11).

### **E. 10.2**

A titre préliminaire, le Tribunal de céans rappelle que l'état de santé de l'intéressé avait été évalué correctement entre la décision de refus de prestations du 31 mai 2013, entrée en force de chose décidée (AI pce 25) et l'arrêt du Tribunal de céans du 30 novembre 2015 (AI pce 62).

#### **E. 10.2.1**

Ainsi, le Tribunal de céans, ne renvoyant la cause à l'autorité inférieure que pour un complément d'instruction économique, avait implicitement retenu que les prises de position médicales des médecins de l'OAIE datant des 26 octobre 2014, 31 décembre 2014 et 26 mars 2015 (qui attestaient qu'il n'y avait pas de modification significative de l'état de santé de l'intéressé du point de vue somatique et constatant, du point de vue psychiatrique, que le nouveau diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte [CIM-10 F41.2] n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail ; cf. AI pces 43 ; 48 ; 49), avaient pleine valeur probante.

##### **E. 10.2.1.1**

En effet, du point de vue somatique, les documents médicaux établis par les médecins traitants entre la décision de refus de prestations du 31 mai 2013 et l'arrêt du Tribunal de céans du 30 novembre 2015 ont attesté soit des atteintes quasi identiques que celles évoquées dans le cadre de la première demande de prestations, à savoir des troubles situés au niveau de la colonne cervicale et lombaire (sans déficits neurologiques et signes de myélopathie ; cf. AI pces 29 p. 3 ; 38 ; 39 ; 40 ; 41 ; 60) accompagnés de périodes fréquentes d'impuissance fonctionnelle des membres supérieurs (cf. AI pces 29 p. 2 ; 41) et inférieurs (cf. AI pces 29 p. 2 ; 40), un syndrome du tunnel carpien bilatéral de degré léger, principalement à droite (cf. AI pce 40) ainsi qu'une ostéoarthrose, respectivement des arthralgies généralisées (cf. AI pce 39 ; 40 ; 41). D'autre part, lesdits documents ont mentionné deux diagnostics somatiques qui n'avaient pas été évoqués auparavant, soit une

arthrite psoriasique (cf. AI pces 29 ; 41) et un syndrome de conflit sous-acromial bilatéral (cf. AI pce 39). A ce sujet, le Tribunal retient que dès lors que le diagnostic d'une arthrite psoriasique n'avait pas été posé lege artis par des spécialistes, à savoir par un dermatologue ainsi que par un rhumatologue (cf. AI pce 40) et qu'il n'était pas basé sur des examens objectifs cliniques de l'intéressé (cf. AI pce 29 p. 2 no 4.1 ss), ce diagnostic n'était pas établi et il n'a, à juste titre, pas été retenu par le service médical de l'administration comme un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. En ce qui concerne le diagnostic d'un syndrome de conflit sous-acromial bilatéral, même si ce dernier a été évoqué par une spécialiste (cf. rapport médical du 11 septembre 2014 de la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin-assistant en rhumatologie ; cf. AI pce 39), le Tribunal constate que la Dre F.\_\_\_\_\_ n'avait pas fait état de douleurs provoquées par cette atteinte et qu'elle n'avait pas mentionné de limitations fonctionnelles ou d'incapacités de travail causées par celle-ci. En outre, le Tribunal relève que le seul examen objectif des épaules se trouvant au dossier (CT-scan ; cf. AI pce 29 p. 3) n'avait pas permis d'objectiver d'altérations à ce niveau. Ainsi, le rapport du médecin SMR était cohérent en ce sens qu'aucune atteinte au niveau de l'épaule entraînant des douleurs et donc des limitations fonctionnelles spécifiques n'était constituée à l'époque ; à ce moment-là, le recourant souffrait uniquement de troubles bénins de l'épaule. En outre, pouvaient être également écartés différents nouveaux examens des pieds, des genoux ainsi que des mains, dès lors qu'ils ne montraient aucune atteinte à la santé (cf. AI pces 29 p. 2 ; 38). Finalement, le fait que les médecins traitants ont retenu qu'il n'y avait (toujours) pas d'indication opératoire corrobore l'avis du médecin de l'OAIE en ce sens qu'aucun changement significatif de l'état de santé du point de vue somatique ne s'était produit (cf. AI pces 40 ; 58).

#### **E. 10.2.1.2**

Force est également de constater que les médecins traitants n'ont pas évoqué de limitations fonctionnelles supplémentaires de l'intéressé que celles retenues dans le cadre de la première demande de prestations AI. De plus, il appert que seul le rapport médical E213 du 12 mai 2014 contenait des informations au sujet de son incapacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de boucherie. D'après dit rapport médical, le recourant pouvait, d'une part, encore exercer sa dernière activité professionnelle d'employé de boucherie à temps plein, mais d'autre part, il a été précisé que le taux maximal de travail dans sa dernière activité s'élevait à 0% (AI pce 29 p. 7 no 11.4). Dès lors que ce rapport se contredisait et qu'aucun autre document médical ne contenait des informations concernant l'(in)capacité de travail de l'intéressé, c'était à raison que le médecin de l'autorité inférieure a retenu dans sa prise de position médicale du 26 octobre 2014 (cf. AI pce 43) que celle-ci était restée inchangée par rapport à la première demande de prestations, à savoir une incapacité de travail de 70% dans l'ancienne activité de boucher dès le 13 janvier 2010, et de 0% dès dite date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cette appréciation a, par ailleurs, été confirmée ultérieurement par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans ses prises de position médicales des 31 décembre 2014 et 20 juillet 2016 (AI pces 48 ; 73).

#### **E. 10.2.1.3**

Du point de vue psychiatrique, le diagnostic d'une dépression anxieuse liée à la pathologie organique, qui avait été évoqué pour la première fois dans le cadre de la deuxième demande de prestations (cf. E213 du 12 mai 2014 de la Dre E.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue [AI pce 29] ; rapport psychiatrique du 25 novembre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre [AI pce 45]), a été repris par le médecin de l'OAIE, le Dr M.\_\_\_\_\_,

médecin spécialiste en psychiatrie, dans sa prise de position médicale du 26 mars 2015 et classifié comme trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) (cf. AI pce 49).

#### **E. 10.2.1.4**

En outre, les médecins portugais n'ont, soit pas évoqué d'incapacités de travail liées exclusivement aux troubles psychiatriques de l'intéressé (AI pce 29), soit confirmé l'incapacité de travail globale due à des affections somatiques et psychiatriques de 70% dans l'ancienne activité de ce dernier, ce qui correspondait au taux attesté par le Dr K. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 10.2.1.2). Dès lors, le psychiatre de l'OAIE a retenu, en conformité avec la jurisprudence du Tribunal fédéral applicable à l'époque en la matière (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du TF 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 ; 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2 ; 9C\_539/2015 du 21 mars 2016 consid. 4.1.3.1 ; 8C\_104/2014 du 26 juin 2014 consid. 3.3.4), que l'affection psychiatrique légère dont souffrait l'intéressé n'était pas invalidante et qu'elle n'avait dès lors pas engendré de limitations fonctionnelles et d'incapacités de travail supplémentaires que celles d'ores et déjà retenues pour les atteintes somatiques.

#### **E. 10.2.2**

Par conséquent, il n'y a pas lieu de revenir sur l'appréciation effectuée dans l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 30 novembre 2015, qui n'avait, par ailleurs, pas fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral.

#### **E. 10.3**

Il reste dès lors à examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié d'une manière à influencer ses droits après l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 30 novembre 2015 jusqu'au 30 septembre 2016, date de la décision litigieuse.

##### **E. 10.3.1**

La décision du 30 septembre 2016 évoquant que la nouvelle documentation produite par le recourant confirmait les atteintes à la santé connues et que son état de santé ne s'était pas modifié d'une manière à influencer ses droits, est essentiellement basée sur les prises de position médicales du médecin du SMR, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, des 20 juillet 2016 (cf. AI pce 73) et 24 septembre 2016 (cf. AI pce 82), qui ont été confirmées dans le cadre de la présente procédure de recours par une prise de position médicale du 6 janvier 2017 du même médecin (cf. annexe à TAF pce 7). Ces rapports médicaux reposent, quant à eux, sur divers avis médicaux établis par des médecins portugais (cf. AI pces 76 ; 77 ; 78 ; 80 ; annexe à TAF pces 1 ; 11) et ont été rendus après le seul examen du dossier. Afin de pouvoir juger s'il n'y a effectivement pas eu de changement de l'état de santé de l'intéressé apte à influencer ses droits durant la période précitée, il sied d'examiner si les prises de positions médicales du SMR avaient valeur probante.

##### **E. 10.3.2**

Le médecin du SMR, le Dr K. \_\_\_\_\_, a retenu en date des 20 juillet 2016 et 24 septembre 2016 que la nouvelle documentation médicale était superposable avec des examens effectués antérieurement et que dès lors, elle ne permettait pas de modifier la prise de position médicale dans le dossier (cf. AI pces 73 ; 82). Il a confirmé son avis dans une prise de position du 6 janvier 2017 dans laquelle il a en outre constaté que le dossier médical était bien documenté du point de vue médical (cf. annexe à TAF pce 7). Ce faisant, dit médecin a confirmé les diagnostics principaux d'un syndrome cervicospodylogène sur troubles

dégénératifs (CIM-10 M47.82) et d'un syndrome lombospondylogène sur troubles dégénératifs (CIM-10 M47.86 ; cf. sa prise de position médicale du 26 octobre 2014 [AI pce 43 p. 1]). Au sujet de l'évaluation des limitations fonctionnelles et de l'incapacité de travail de l'intéressé, le somaticien du SMR a confirmé l'incapacité de travail de l'intéressé de 70% dès le 13 janvier 2010 dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, soit une activité évitant les travaux lourds et le port de charges de plus de 7 kg à l'abri de la chaleur ou de l'humidité, une incapacité de travail de 0% dès le 13 janvier 2010.

### **E. 10.3.3**

Le Tribunal relève que les documents médicaux établis par les médecins traitants dans le cadre de la présente procédure d'exécution de l'arrêt du Tribunal de céans du 30 novembre 2015 ont évoqué d'une part des atteintes à la santé identiques que celles retenues dans le cadre de la première demande de prestations, à savoir une ostéoarthrose généralisée (cf. AI pces 76 ; 80 ; annexe à TAF pce 1), une impuissance fonctionnelle fréquente des membres inférieurs causée par des lombosciatalgies et un syndrome du canal carpien dans la phase sensitive, degré léger à droite (cf. AI pce 76) et se rallie dès lors à l'avis du médecin somaticien du SMR du 24 septembre 2016 attestant que l'état de santé était resté inchangé en ce qui concerne les atteintes évoquées (AI pce 82).

### **E. 10.3.4**

D'autre part, force est de constater que de nouvelles atteintes, respectivement une aggravation des atteintes connues, à savoir (i) une myélopathie située au niveau de la colonne cervicale en C4/C5, (ii) une aggravation des plaintes de l'intéressé de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains ainsi que des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des membres supérieurs, (iii) des hernies intra-spinales de la colonne lombaire situées en L1/L2 ainsi que (iv) des troubles de la colonne dorsale, ont été évoqués par les médecins traitants. Puis, ces derniers ont à nouveau mentionné le diagnostic (v) d'une arthrite psoriasique et il a été fait état (vi) d'une aggravation la situation clinique du recourant. Il se pose ainsi la question de savoir si c'est à juste titre que ces nouveaux éléments n'ont pas été retenus par le médecin somaticien non-spécialiste du SMR comme modification de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

#### **E. 10.3.4.1**

Dans un premier temps, le Tribunal constate que les nouveaux documents médicaux se rapportant à la colonne cervicale établis après le 30 novembre 2015 (cf. AI pces 76 ; 80 ; annexe à TAF pce 1) ne font pas état d'une modification de l'état santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé, à l'exception d'un discret hypersignal médullaire en C4/C5, médian et paramédian droit, probablement en relation avec un foyer d'oedème/myélomalacie dans un contexte de myélopathie compressive (cf. rapport d'IRM de la colonne cervicale du 3 septembre 2016 de la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste neuroradiologue ; annexe à TAF pce 1). A ce sujet, le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé dans sa prise de position médicale du 6 janvier 2017 (cf. annexe à TAF pce 7) que les résultats de ce rapport d'IRM étaient superposables avec ceux des CT-scans des 13 avril 2016 et 11 mars 2008 et a ainsi maintenu le diagnostic CIM-10 M47.82, soit des spondylarthroses dans la région cervicale sans myélopathie ou radiculopathie (selon CIM-10, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Organisation mondiale de la Santé, vol. I, 2008, p. 664 [ci-après : CIM-10] ; cf. AI pces 1 ; 80). Il sied de

relever que la Dre P. \_\_\_\_\_ émet simplement le soupçon d'une myélopathie (« provavelmente relacionado com foco de edema/mielomalacia num contexto de mielopatia compressiva ») et qu'elle n'a retenu chez l'intéressé ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail. Ce soupçon n'a pas été confirmé par les médecins spécialistes. En particulier, dans son rapport médical datant du 16 février 2017, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin neurochirurgical (cf. annexe à TAF pce 11), s'appuyant sur un CT-scan et une IRM de la colonne cervicale, a seulement évoqué des atteintes déjà connues au moment de la première demande de prestations et, se basant sur des tests neurologiques, n'a pas constaté de myélopathie. Il s'ensuit que la documentation médicale est cohérente en ce sens qu'il n'a pas été objectivé de myélopathie au niveau de la colonne cervicale en C4/C5, que dès lors, un tel diagnostic n'est pas établi, et que c'est à raison que ce dernier n'a pas été retenu par le service médical de l'administration pour fonder une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

#### **E. 10.3.4.2**

S'agissant de l'aggravation récente des plaintes de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains et des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des deux membres supérieurs (cf. rapport médical du 24 août 2016 du Dr J. \_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue ; cf. AI pce 76), le médecin du SMR a retenu dans sa prise de position du 24 septembre 2016 (cf. AI pce 82) que le Dr J. \_\_\_\_\_ n'évoquait pas d'affections médicales nouvelles ou inconnues et qu'en particulier, rien ne permettait de reconnaître une modification des limitations fonctionnelles déjà reconnues. Le Tribunal de céans relève que les médecins avaient d'ores et déjà décrit des plaintes identiques de l'intéressé lors de la première demande de prestations (cf. AI pce 7 p. 2). De plus, le Dr J. \_\_\_\_\_ ne se base pas sur des examens objectifs pour fonder une aggravation des atteintes évoquées et il ne retient à ce sujet ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail. En outre, aucune aggravation de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains et des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des deux membres supérieurs causant des limitations fonctionnelles ou des incapacités de travail n'ont été retenues par des spécialistes. D'une part, le médecin neuroradiologue, le Dr N. \_\_\_\_\_, a qualifié dans son rapport de radiographies des mains du 12 août 2016 (cf. AI pce 77) les atteintes des mains de légères. D'autre part, comme évoqué ci-dessus, le Dr R. \_\_\_\_\_, se basant sur des tests cliniques et objectifs, n'a pas pu objectiver chez l'intéressé de déficits neurologiques et fonctionnels dans son rapport de neurochirurgie du 16 février 2017 (cf. annexe à TAF pce 11). Il s'ensuit que la documentation médicale est cohérente en ce sens qu'il n'a pas été objectivée d'aggravation de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains et des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des deux membres supérieurs et que c'est à raison que cet élément n'a pas été retenu par le service médical de l'administration pour fonder une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

#### **E. 10.3.4.3**

Ensuite, le Tribunal constate que les nouveaux documents médicaux se rapportant à la colonne lombaire établis après le 30 novembre 2015 (cf. AI pces 76 ; 80 ; annexe à TAF pce 1) ne font pas état d'une modification de l'état santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé, à l'exception d'hernies intra-spinales (nodules de Schmorl) à la hauteur des plateformes vertébrales adjacentes à l'espace intersomatique L1/L2 (cf. rapport d'IRM de la colonne cervicale du 3 septembre 2016 de la Dre P. \_\_\_\_\_ ; annexe à TAF

pce 1). A ce sujet, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé dans sa prise de position médicale du 6 janvier 2017 (cf. annexe à TAF pce 7) que les résultats du rapport d'IRM précité étaient superposables avec ceux des CT-scans des 13 avril 2016 et 10 janvier 2011 et a maintenu, en raison de l'état de santé inchangé, le diagnostic CIM-10 M47.86, à savoir des spondylarthroses dans la région lombaire sans myélopathie ou radiculopathie (selon CIM-10 ; cf. Annexe à TAF pce 7 ; AI pces 2 ; 80). Il appert que la Dre P. \_\_\_\_\_ ne retient ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail causées par l'atteinte en question. Puis, aucune atteinte causant des limitations fonctionnelles ou des incapacités de travail n'a été confirmée à ce niveau de la colonne vertébrale par des spécialistes. En effet, le Dr R. \_\_\_\_\_, s'appuyant sur un CT-scan de la colonne lombaire, a évoqué dans son rapport de neurochirurgie du 16 février 2017 (cf. annexe à TAF pce 11) des atteintes déjà connues sans toutefois mentionner d'atteinte incapacitante en L1/L2. En outre, se basant sur des tests cliniques, il n'a pas pu objectiver de déficits, notamment pas de signes de myélopathie en L1/L2. Ainsi, le rapport du médecin du SMR est cohérent avec la documentation médicale en ce sens qu'il retient qu'aucune atteinte en L1/L2 entraînant des douleurs et donc des limitations fonctionnelles spécifiques n'est à l'heure actuelle constituée ; pour le moment, le recourant souffre uniquement de troubles bénins de la colonne lombaire en L1/L2. Le Tribunal constate que les changements physiologiques attestés à ce niveau ne sont pas à même de constituer une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

#### **E. 10.3.4.4**

Au sujet de la nouvelle atteinte attestée au niveau de la colonne dorsale, à savoir notamment l'effondrement de plusieurs disques dans la région médiadorsale, des foyers de dégénérescence gazeuse et de calcification discale ainsi qu'une oblitération de l'espace sous-arachnoïdien pré-médullaire de D6/D7 à D9/D10 (cf. rapport de CT-scan du 13 avril 2016 la Dre O. \_\_\_\_\_, médecin neuroradiologue ; cf. AI pce 80), l'avis du médecin du SMR émis en date du 24 septembre 2016 (AI pce 82) manque de précision dans la mesure où il retient que le rapport de CT-scan dorsal confirmait les troubles dégénératifs connus sans aggravation majeure par rapport aux examens précédents en 2008 et 2011. Cependant, le Tribunal relève que la Dre O. \_\_\_\_\_ a précisé dans son rapport précité que des changements disco-dégénératifs constatés étaient relativement naissants et que la perméabilité dans les différents canaux de conjugaison de la région dorsale semblait conservée. Dite neuroradiologue n'a par ailleurs attesté ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail causées par cette atteinte. Une telle atteinte causant des limitations fonctionnelles et ayant un impact sur la capacité de travail de l'intéressé n'a pas été confirmée non plus par des spécialistes. Ainsi, dans son rapport de neurochirurgie (cf. annexe à TAF pce 11), le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a pas relevé d'atteintes situées au niveau de la colonne dorsale et il n'a pas pu constater de déficits lors de l'examen clinique, notamment pas de myélopathie. Ainsi, le rapport du médecin du SMR, même imprécis, est néanmoins cohérent avec la documentation médicale dans son ensemble, en ce sens qu'il retient qu'aucune atteinte située au niveau de la colonne dorsale entraînant des douleurs et donc des limitations fonctionnelles spécifiques n'est à l'heure actuelle constituée ; pour le moment, le recourant souffre uniquement de troubles bénins de la colonne dorsale. Le Tribunal constate ainsi que les changements physiologiques attestés à ce niveau ne constituent pas une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

#### **E. 10.3.4.5**

En outre, le diagnostic d'une arthrite psoriasique, respectivement le diagnostic d'une arthrite psoriasique avec une apparition sporadique de nodules cutanés occasionnellement enflammés, a été évoqué à nouveau dans le rapport de radiographies des mains du 12 août 2016 du Dr N. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 77) ainsi que dans l'attestation médicale du 24 août 2016 du Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 76). A ce sujet, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé dans sa prise de position médicale du 24 septembre 2016 (cf. AI pce 82) que le Dr N. \_\_\_\_\_ évoquait dans son rapport précité des troubles dégénératifs très discrets et que le diagnostic d'une arthrite psoriasique n'était pas clairement prouvé par le reste du dossier médical, il constatait que le rapport rhumatologique du 11 septembre 2014 (cf. AI pce 39) ne prenait pas en considération une telle affection, mais que c'était bien un rhumatologue qui aurait dû poser un tel diagnostic. D'après le médecin du SMR, ce qui était déterminant en fin de compte ce n'était pas un diagnostic, ni une suspicion de diagnostic, mais les limitations fonctionnelles existantes, et de ce point de vue, il ne pouvait pas conclure à une modification significative de l'état de santé de l'intéressé. Concernant l'attestation médicale du 24 août 2016 du Dr J. \_\_\_\_\_, le médecin du SMR a retenu qu'elle résumait les diagnostics connus, qu'il n'y avait pas d'affections médicales nouvelles ou inconnues et qu'en particulier, rien ne permettait de reconnaître une modification des limitations fonctionnelles déjà connues. Force est de constater d'une part que le Dr J. \_\_\_\_\_ se limite à évoquer le diagnostic d'une arthrite psoriasique avec une apparition sporadique de nodules cutanés occasionnellement enflammés, sans se baser sur des examens objectifs. Puis, le Tribunal relève que le rapport de radiographies des mains du Dr N. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 77) atteste des atteintes correspondantes à une usure normale et que ce dernier émet simplement le soupçon d'un tel diagnostic (« Este aspetos podem corresponder a artrite psoriática, de acordo com a informação clínica. »). En outre, il constate que les deux médecins n'ont retenu chez l'intéressé ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail causées par dite atteinte et que le diagnostic d'une arthrite psoriasique n'a toujours pas été posé lege artis par des spécialistes, à savoir par un rhumatologue et un dermatologue. Il s'ensuit que la documentation médicale est cohérente en ce sens qu'une arthrite psoriasique n'a pas été objectivée par les spécialistes, et que dès lors, un tel diagnostic n'est pas établi, et que c'est à juste titre que ce dernier n'a pas été retenu par le service médical de l'administration pour fonder une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

#### **E. 10.3.4.6**

Concernant l'aggravation récente de la situation clinique de l'intéressé attestée en date du 24 août 2016 par le Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 76) et eu égard aux considérants précédents, le Tribunal constate que ce médecin n'a pas précisé en quoi aurait consisté l'aggravation postulée, qu'une aggravation de l'état de santé pertinente au regard de l'AI n'était pas documentée par des examens objectifs cliniques ou paracliniques et qu'il n'a pas indiqué quelles étaient les limitations fonctionnelles ainsi que les incapacités de travail supplémentaires en découlant (cf. AI pce 82 ; annexe à TAF pce 7), et se rallie dès lors à l'avis du médecin du SMR du 24 septembre 2016 confirmant que l'état de santé était resté inchangé. Il s'ensuit que l'aggravation de la situation clinique attestée par le Dr J. \_\_\_\_\_ doit être comprise en ce sens qu'au niveau de la colonne lombaire et dorsale ont effectivement été objectivés des changements physiologiques qui peuvent être qualifiés d'aggravation de la situation clinique, mais qui ne sont pas propres à constituer une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. Par ailleurs, les documents médicaux établis après la décision querellée, à savoir la prise de

position du 4 novembre 2016 du Dr Q. \_\_\_\_\_ (cf. annexe à TAF pce 1) et le rapport de neurochirurgie du 16 février 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_ (cf. annexe à TAF pce 11) ne permettent pas une appréciation différente du cas d'espèce puisque les plaintes évoquées par le Dr Q. \_\_\_\_\_ et les atteintes de santé objectivées ainsi que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr R. \_\_\_\_\_ sont connues et ils ne s'expriment nullement sur la capacité de travail du patient. En outre, le Dr R. \_\_\_\_\_ a préconisé un traitement conservateur et la réévaluation dans un an après la dernière consultation, élément qui n'est pas non plus de nature à fonder une aggravation de l'état de santé de l'intéressé.

### **E. 10.3.5**

Il ressort du dossier qu'il ne subsiste aucun doute, même minime, quant aux atteintes somatiques du recourant causant une incapacité de travail dans son ancienne activité de 70% dès le 13 janvier 2010 mais ne causant pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte qu'aucune instruction complémentaire ne s'avère nécessaire. Au regard de l'ensemble des considérations qui précèdent, force est de constater que les prises de position médicales du Dr K. \_\_\_\_\_ des 20 juillet 2016 et 24 septembre 2016 (complétées le 6 janvier 2017 suite au recours de l'intéressé) remplissent les critères jurisprudentiels applicables, si bien que l'OAIE pouvait leur reconnaître pleine valeur probante. L'ensemble des constatations permet de conclure, en accord avec le médecin du SMR, que les situations de 2013 et 2016 sont superposables et qu'il n'y a aucun élément propre à fonder une aggravation de l'état de santé de l'intéressé.

### **E. 10.3.6**

Du point de vue psychiatrique, après l'arrêt du Tribunal de céans du 30 novembre 2015, seulement un rapport médical succinct établi en date du 24 août 2016 par le Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 76), dont la spécialisation n'est pas connue, évoquant le diagnostic d'une dépression anxieuse réactive à la situation clinique restreignant la qualité de vie de l'intéressé, a été produit. Dans le cadre de la présente procédure de recours ont été transmis au Tribunal de céans un rapport psychiatrique du 26 octobre 2016 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste psychiatre (qui confirmait le diagnostic d'une dépression anxieuse en lien avec la pathologie organique, qui contribuait à l'aggravation des douleurs dont le patient se plaignait depuis plusieurs années et retenant, au vu des affections dont souffrait son patient, une incapacité de travail totale [100%] dans toute activité ; cf. annexe à TAF pce 1) ainsi qu'un rapport médical du 4 novembre 2016 du Dr Q. \_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue (indiquant notamment que l'intéressé formulait de multiples plaintes dépressives associées à un syndrome anxieux avec un besoin permanent d'antidépresseurs et d'anxiolytiques ; cf. annexe à TAF pce 1). Le Tribunal de céans constate que ces documents n'ont pas été soumis par l'autorité inférieure à son psychiatre pour prise de position.

### **E. 10.3.7**

Suite au récent changement de la jurisprudence du Tribunal fédéral, toutes les affections psychiatriques doivent, en règle générale, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 s). Cette jurisprudence est applicable à tous les cas pendants au moment du changement de pratique et dès lors également au cas d'espèce (cf. arrêt du TF 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1).

### **E. 10.3.8**

En l'occurrence, les indicateurs standards n'ont pas été analysés par l'administration. Or, le Tribunal relève qu'en l'état actuel, un tel examen n'est pas possible dès lors que la documentation psychiatrique se trouvant au dossier est trop succincte et de ce fait, elle ne permet pas d'évaluer précisément la capacité de travail et la capacité fonctionnelle du recourant dans la période après l'arrêt du Tribunal de céans du 30 novembre 2015. Il s'ensuit que le Tribunal ne peut pas évaluer s'il y a une aggravation, une amélioration ou aucun changement de l'état de santé psychique de l'intéressé.

### **E. 11.1**

En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou la renvoie exceptionnellement avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En l'occurrence, le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé psychique du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la question liée à l'état de santé psychique du recourant n'a pas été instruite à satisfaction après le 30 novembre 2015 par l'autorité inférieure et mérite un éclaircissement.

### **E. 11.2**

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé psychique (et en tant que besoin somatique) après le 30 novembre 2015 pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGa). Pour ce faire, elle sollicitera une expertise psychiatrique en Suisse qui devra établir s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé du recourant après le 30 novembre 2015. L'expertise devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) établir ses limitations fonctionnelles, (iii) indiquer l'évolution dans le temps de l'état de santé du recourant et (iv) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et une activité adaptée en tenant compte de l'état de santé global et de l'ensemble des limitations fonctionnelles. L'autorité inférieure devra ensuite rendre une nouvelle décision.

### **E. 11.3**

Enfin, il sied de préciser que l'expertise qui sera mise en place par l'autorité inférieure devra respecter la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral le 30 novembre 2017 qui modifie sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

### **E. 12.1**

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1ère phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

### **E. 12.2**

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (cf. TAF pces 2 ; 4 ; 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

### **E. 12.3**

Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

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