

# **BVGer C-7085/2015 vom 22. März 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-03-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7085\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7085_2015)

FR: TAF C-7085/2015 du 22 mars 2018

IT: TAF C-7085/2015 del 22 marzo 2018

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

### **E. 1.2**

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. dbis PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

### **E. 1.3**

Le requérant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

### **E. 1.4**

En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et le requérant s'est acquitté de l'avance de frais de procédure présumés (cf. art. 63 al. 4 PA). Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **E. 2**

Le TAF définit 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 par le requérant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Vol. II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 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/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.1**

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 13 octobre 2015, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont applicables.

### **E. 3.2**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant espagnol a été assuré de nombreuses années en Suisse (extraits du compte individuel des 6, 8 et 9 décembre 1994 [AI pce 11 pp. 2 ss], décisions du 4 octobre 1996 [AI pces 26 et 27]) et vit de nouveau dans son pays d'origine. 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°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) n° 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) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 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. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Cela étant, 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 n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

### **E. 4.1**

Le recourant a présenté le 28 avril 2015 une nouvelle demande de prestations AI (AI pce 139) après que sa demande précédente (AI pce 89) a été rejetée par décision du 26 août 2009 (AI pce 126). Cette décision est entrée en force avec l'arrêt du TAF du 19 avril 2010 cité qui a déclaré irrecevable le recours formé devant lui (AI pce 132; cf.

Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème édition 2013, ch. 3.189 s. p. 224).

### **E. 4.2**

L'entrée en force de ladite décision du 26 août 2009 fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations de l'assuré aussi longtemps que l'état des faits jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même et n'a pas modifié le degré d'invalidité.

#### **E. 4.2.1**

Ainsi, aux termes de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque l'autorité examine une nouvelle demande de prestations l'assuré après un premier refus de prestations, elle n'entrera en matière que s'il apparaît établi de façon plausible que l'invalidité de la personne assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits. On entend par là éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes cas, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification déterminante (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1, 130 V 68 consid. 3.2.3, 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

#### **E. 4.2.2**

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond, elle doit vérifier si la modification du degré d'invalidité est réellement intervenue en procédant de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir. Lorsque l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision rejetant la demande de prestations entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et les circonstances régnant à l'époque de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1, 130 V 71 consid. 3.2, 125 V 368 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au tribunal.

#### **E. 4.3**

En l'espèce, l'OAIE a examiné, par la décision querellée du 13 octobre 2015, la nouvelle demande de prestations de l'assuré sur le fond et la rejetée. Compte tenu de ce qui précède, la décision du 26 août 2009, soit la dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente d'invalidité du recourant, constitue le point de départ temporel pour examiner si une modification du degré d'invalidité du recourant est survenue. Le TAF examinera dès lors la question de savoir si l'invalidité du recourant a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 26 août 2009 et ceux qui ont existé jusqu'au 13 octobre 2015, la date de la décision attaquée marquant par ailleurs la limite du pouvoir d'examen du tribunal (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 129 V 1 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

#### **E. 5**

A titre initial, il est rappelé que l'assuré qui a cotisé plusieurs années en Espagne (AI pce 138 pp. 1 à 5) et en Suisse (AI pce 11 pp. 2 ss et pce 26 et 27) remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations de l'art. 36 al. 1 LAI, selon lequel a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisation à l'AVS/AI dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. FF 2005 p. 4065 et les art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004). Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi et si l'invalidité s'est modifiée d'une façon déterminante depuis le 26 août 2009 (cf. consid. 4.3 ci-dessus).

#### **E. 5.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six 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 (délai de carence; ATF 143 V 547 consid. 3.2; voir aussi ATF 140 V 2 consid. 5.3).

### **E. 5.2**

Aux termes de l'assurance-invalidité suisse, il faut comprendre par invalidité, 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 (cf. art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. Selon l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'art. 6, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA stipule qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

### **E. 5.3**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

### **E. 5.4**

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). 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, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

## **E. 6.1**

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, selon l'art. 69 al. 2 RAI, si les conditions d'assurance sont comme en l'occurrence (cf. consid. 5 ci-dessus) remplies, l'office AI réunit les autres pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.2 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1, 140 V 193 consid. 3.1 s., 125 V 256 consid. 4 et références). L'appréciation médicale de la capacité de travail constitue une base importante pour déterminer ensuite d'un point de vue juridique quelle activité professionnelle peut être exigée de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 s., 140 V 193 consid. 3.1 s. et références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.3).

## **E. 6.2**

Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 2 ci-dessus), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

### **E. 6.2.1**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

### **E. 6.2.2**

Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal 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 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références).

### **E. 6.2.3**

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes du service médical de l'OAIE ou du service médical régional (SMR; cf. art. 49 al. 1 et 3 RAI) qui ont 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 ; ces rapports internes ne se fondent pas sur les examens propres de la personne assurée. Ces rapports internes pour avoir valeur

probante ne peuvent suivre une appréciation médicale sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas retenues (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s., 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1).

#### **E. 6.2.4**

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 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 et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

#### **E. 6.3**

Dans le domaine des assurances sociales, la décision de l'Office AI - et cas échéant du Tribunal - doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références).

#### **E. 7.1**

Lorsque l'OAIE a rendu le 26 août 2009 sa décision de rejet de prestations, il se trouvait dans le dossier en premier lieu notamment le rapport d'expertise des 23 et 29 octobre 1998 du SAM (AI pces 43 pp. 1 s., 44 et 45) sur lequel, en dernière instance, le Tribunal fédéral s'est fondé dans son arrêt du 30 novembre 2001 (AI pce 71). Les experts ont posé comme diagnostic principal un syndrome lombovertébral chronique et comme diagnostics secondaires, ne justifiant pas d'incapacités de travail, une légère dysphorie réactive aux douleurs orthopédiques et un trouble de somatisation ainsi qu'une dyslipidémie et une hyperuricémie (AI pce 45 p. 8). A l'instar des experts, il a été retenu que l'assuré en raison de son atteinte au niveau lombaire ne pouvait plus exercer l'activité de maçon ou une activité similaire, mais présentait dès le 1er avril 1997 une capacité de travail totale dans une activité à sollicitations physiques légères à moyennes, ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 30 kg et offrant la possibilité de pouvoir changer de position (AI pce 45 pp. 8 ss, 71 pp. 2 et 6 s.).

#### **E. 7.2**

Comme nouveaux documents médicaux, l'OAIE disposait le 26 août 2009 des pièces suivantes : - le rapport médical (de 2000 ou 2002, l'assuré étant alors âgé de 44 ou 46 ans) du Dr D.\_\_\_\_\_ spécialiste en traumatologie et orthopédie, posant comme diagnostic une radiculopathie S1 gauche, chronique et secondaire aux lésions dégénératives au L5-S1 et avec un syndrome métamérique lombaire ainsi qu'un syndrome cervical dégénératif C5-C6-C7 qui rend impossible un travail impliquant des efforts légers ou l'oblige à se lever

ou à rester assis un certain temps (AI pce 85), - le rapport médical du 19 juin 2001 du Dr D.\_\_\_\_\_ qui note comme diagnostics une lombosciatalgie gauche chronique, secondaire à la radiculopathie S1 gauche pour sévère lésion dégénérative L5-S1 avec altérations déficitaires sensitives, un syndrome cervical myo-facial et un syndrome anxio-dépressif, réactionnel suite à la chronicisation des problèmes douloureux sans espérance d'amélioration ; ce médecin atteste alors une invalidité permanente et totale de forme irréversible, les affections ayant une tendance à l'aggravation (AI pce 106), - le rapport médical du 23 juin 2005, signé des Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ spécialistes en médecine interne et rhumatologie et de la détermination des incapacités et dommages corporels. Ils font état d'une arthrose modérée au C5, C6 et C7, d'une spondylose à la colonne dorsale et d'une arthrose plus prononcée au L4, L5 et S1 avec signes de discopathie et hernie discale gauche L5-S1 et attestent une incapacité de travail dans une activité professionnelle physique telle la profession de maçon (AI pce 84), - le rapport médical du 14 mars 2006, établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ qui note une sévère discopathie L5-S1, une radiculopathie chronique de la racine S1 gauche et une coxarthrose gauche avancée, limitant l'exercice de l'activité de maçon (AI pce 86), - le certificat du 15 mars 2006 du médecin de la sécurité sociale espagnole qui énumère comme diagnostics une discopathie L5-S1, une radiculopathie chronique de la racine S1 gauche, une coxarthrose, une obésité, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) très grave, une gastrite ainsi qu'une dyslipidémie (AI pce 87), - le rapport médical du 21 novembre 2006 du Dr G.\_\_\_\_\_ spécialiste d'orthopédie et de traumatologie, qui observe notamment une coxarthrose de l'articulation coxofémorale gauche, nécessitant une arthroplastie totale de la hanche affectée et atteste une incapacité de travail actuelle (AI pce 100), - le certificat du 22 novembre 2006 du médecin de la sécurité sociale, énumérant les diagnostics du rapport du 15 mars 2006 et concluant que ces affections justifient selon l'expert une invalidité totale pour tout travail (AI pce 104), - le rapport médical détaillé E213 du 8 novembre 2007 de la Dresse H.\_\_\_\_\_ qui note une coxarthrose bilatérale importante, une prothèse totale de la hanche gauche (mai 2007) ainsi qu'une spondylarthrose cervicale et lombaire et rapporte une incapacité de travail totale dès le 22 mars 2007 dans la dernière activité professionnelle de l'assuré, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée de type sédentaire (AI pce 91), - le rapport du 30 novembre 2007 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ relatif à l'arthroplastie de la hanche droite effectuée le 20 novembre 2007 (AI pce 101), - le rapport médical du 3 septembre 2008, signé du Dr Benavente Martin qui informe que l'assuré est suivi dans le service psychiatrique depuis mai 2008 pour un trouble de l'adaptation avec état dépressif et légère détérioration cognitive avec difficulté de concentration, labilité et désespérance et que le traitement par antidépresseur et citicoline a amené une amélioration partielle mais que les difficultés de concentration, de labilité et de désespérance persistent ; ce médecin estime qu'en l'état, l'assuré ne peut pas affronter son activité professionnelle (AI pce 98), - le rapport médical du 9 septembre 2008 du Dr G.\_\_\_\_\_ qui fait état de coxarthrose invalidante des deux hanches et de spondylose lombaire avec discopathies dégénératives et protrusion discale globale L4-L5 et à la racine L5 gauche. Ce médecin estime que l'assuré ne peut plus exercer aucun travail nécessitant des longs stationnements debout ou d'efforts physiques (AI pce 99).

### **E. 7.3**

Il ressort encore du questionnaire à l'assuré, signé le 27 janvier 2009, que celui-ci a travaillé en dernier lieu - jusqu'au 20 mars 2007 - 3 heures par jour comme surveillant des employés et qu'il a arrêté ce travail en raison d'une invalidité (AI pce 112).

#### **E. 7.4.1**

Le 26 août 2009, l'assuré souffrait donc de spondylose à la colonne dorsale et d'une arthrose, plus prononcée au L4, L5 et S1 avec signes de discopathie et hernie discale gauche L5-S1 (AI pces 84, 86, 87 et 104), respectivement de spondylose lombaire avec discopathies dégénératives et protrusion discale globale L4-L5, surtout à la racine L5 gauche (AI pce 99) et d'une arthrose modérée au C5, C6 et C7 (AI pce 84) ; il a aussi été noté une spondylarthrose cervicale et lombaire (AI pce 91). Les médecins ont de surcroît observé une coxarthrose avancée, ayant nécessité une arthroplastie totale et bilatérale de la hanche (AI pces 86, 87, 99, 100 et 104), réalisée en mai 2007 (côté gauche) et le 20 novembre 2007 (côté droit; AI pces 91 et 101). Le Dr I.\_\_\_\_\_ a, en outre, informé que l'assuré était suivi depuis mai 2008 dans le service psychiatrique pour un trouble de l'adaptation avec état dépressif et légère détérioration cognitive (AI pce 98). Le médecin de la sécurité sociale a encore noté une obésité, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil très grave, une gastrite ainsi qu'une dyslipidémie (AI pces 87 et 104).

#### **E. 7.4.2**

S'agissant de la capacité de travail, le Dr J.\_\_\_\_\_ de l'OAIE, invité à prendre position sur la documentation médicale produite, a attesté le 22 février 2009 que l'assuré a été en incapacité de travail totale du 23 mars 2007 au 28 février 2008 (3 mois après l'opération du 20 novembre 2007) en raison des coxarthroses et de l'arthroplastie totale et bilatérale réalisée (AI pce 115). Il a précisé dans son rapport du 3 avril 2009 que depuis la dernière arthroplastie, l'état quant à l'exigibilité des activités de substitution ne s'est pas aggravé, les opérations ayant été sans complications (AI pce 118). Le 3 mai 2009, le médecin de l'OAIE a noté une incapacité de travail totale du 23 mars 2007 au 28 février 2008 [daté corrigée au vu du rapport précédent (AI pce 115)] et depuis lors, dans la dernière activité de surveillant des employés dans le domaine de la construction une incapacité de travail de 30% en raison de la difficulté de l'assuré à se déplacer sur un terrain irrégulier et pour autant que cette activité n'implique pas des travaux physiques importants. Cependant, dans une activité sédentaire, ne nécessitant pas le port de charges et la marche et permettant d'alterner les positions, le Dr J.\_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail entière dès le 1er mars 2008 [date adaptée; cf. ci-dessus]; AI pce 120). Cette appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_ respectait les limitations liées aux seuls troubles lombaires de l'assuré, retenues auparavant, soit une incapacité pour exercer une activité physique telle l'activité de maçon mais une capacité résiduelle de travail entière dans un travail à sollicitations physiques légères à moyennes, ne nécessitant pas le port de charges supérieurs à 30 kg et offrant la possibilité de pouvoir changer de position (consid. 7.1 ci-dessus). De plus, en 2009, elle a été corroborée par les avis des Drs E.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ qui ont attesté une incapacité de travail dans la profession de maçon (AI pce 86) ou dans autre activité professionnelle physique (cf. AI pce 84). Dans le même sens, le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré ne pouvait plus exercer de travail nécessitant des longs stationnements debout ou d'efforts physiques (AI pce 99) et la Dresse H.\_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré présentait dans l'activité habituelle une incapacité de travail dès le 22 mars 2007, mais dans une activité sédentaire une capacité de travail entière (AI pce 91). Selon le Dr J.\_\_\_\_\_ les conclusions du Dr I.\_\_\_\_\_ attestant que l'assuré ne pouvait plus poursuivre son activité professionnelle, ne pouvaient pas être suivies, ce médecin n'ayant fait état que de diagnostics mixtes et légers (AI pces 98 et 115).

#### **E. 7.5**

Compte tenu de l'incapacité de travail de l'assuré de 30% dans son ancienne profession de surveillant ou de chef d'équipe, l'OAIE a ensuite déterminé un taux d'invalidité de 30% au maximum selon l'évaluation de l'invalidité du 19 mai 2009 (AI pce 121). Ce taux étant insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité suisse (cf. consid. 5.4 ci-dessus), la demande de prestations a été rejeté par décision du 26 août 2009.

### **E. 8.1**

Lors de la décision litigieuse du 13 octobre 2015, l'OAIE disposait des nouveaux documents médicaux suivants : - le rapport médical du 10 août 2010 du Dr I. \_\_\_\_\_ qui informe pour l'essentiel que l'assuré est suivi depuis mai 2008 pour un trouble de l'adaptation avec état dépressif et légère détérioration cognitive et que malgré le traitement psychiatrique et médicamenteux, les symptômes résiduels ont persisté d'une manière significative et que même si l'anxiété s'est un peu atténuée, l'incapacité, le pessimisme, la dysphorie et les déficits cognitifs se maintiennent. Pour ces raisons, le médecin considère que l'assuré ne peut plus exercer son activité professionnelle (AI pce 136), - le rapport du 26 août 2010 du Dr G. \_\_\_\_\_ qui rapporte que l'assuré est suivi pour des douleurs incapacitantes aux hanches et dans la région lombosacrée avec irradiation dans le membre inférieur gauche. Il fait état de coxarthrose, d'arthroplasties et de lombosciatalgies, ces dernières pouvant nécessiter dans le futur une opération. Il note également la présence d'un trouble psychiatrique et conclut que l'assuré présente en raison des graves lésions physiques et psychiques une incapacité absolue et permanente d'accomplir un travail quelconque (AI pce 144), - le rapport du 15 février 2012 du Dr K. \_\_\_\_\_ de la sécurité sociale qui énumère les diagnostics - l'arthrose de la hanche avec arthroplastie bilatérale, des troubles du métabolisme des lipides, un trouble de sommeil - SAOS, une hypertrophie bénigne de la prostate, un diabète de type 2, une obésité, un trouble anxio-dépressif - ainsi que les médicaments prescrits (AI pce 145 p. 3), - le rapport du 21 mai 2012 établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ spécialisé en neurologie et psychiatrie qui note les diagnostics déjà connus et aussi un trouble adaptatif avec des manifestations anxio-dépressifs graves et détérioration cognitives ainsi qu'un trouble somatoforme pour douleurs persistantes. Ce médecin décrit l'état dépressif de l'assuré, sa perte d'énergie, de concentration et de la faculté de prendre des décisions ainsi que son désintérêt pour les activités habituelles notamment. Il mentionne également que l'assuré a toujours peur et souffre notamment de tremblements, de palpitations et d'agitation. Il cite des rapports de 2008, 2010 et 2012 et informe que le traitement médical n'a montré aucune efficacité et que l'état clinique s'est aggravé dernièrement. Il conclut qu'au vu de l'importance des lésions, des répercussions fonctionnelles, de l'immobilité et de l'aggravement de l'état de santé, le patient présente une incapacité permanente d'accomplir un travail quelconque (AI pce 145 pp. 1 s.), - le rapport du 6 mars 2014 du Dr G. \_\_\_\_\_ identique à son rapport précédent (AI pce 147), - le rapport du 10 mars 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_ qui à part les diagnostics connus mentionne une perte de mémoire récente et un contrôle neurologique ; il énumère aussi le traitement médicamenteux dont notamment un anxiolytique et un antidépresseur (AI pce 146), - le rapport médical détaillé du 21 mai 2015 (E 213), signé de la Dresse M. \_\_\_\_\_ qui pose le diagnostic d'un syndrome anxio-dépressif, d'un suivi pour une légère détérioration cognitive probable, d'un SAOS traité par pression continue, d'une prothèse totale de la hanche (coxarthroses), des scolioses avec protrusion L5-S1 ; elle informe que depuis le 10 août 2010 l'assuré n'a plus suivi une consultation psychiatrique, qu'il est suivi en neurologie depuis octobre 2013 pour perte de mémoire et que le 6 août 2014 un examen cognitif a eu lieu dont elle relate les résultats. Comme limitations fonctionnelles elle note une surcharge

des hanches, la marche sur un terrain irrégulier, le port des poids et une surcharge répétée de la colonne lombaire ; Selon ce médecin, la détérioration cognitive est pour le moment légère et stabilisée. Elle atteste par ailleurs une incapacité de travail dans toute activité professionnelle (AI pce 137).

### **E. 8.2**

Dans le dossier se trouvait aussi l'arrêt du 14 mars 2014 du Tribunal C.\_\_\_\_\_ qui a réformé la décision du 7 juin 2012 de l'instance inférieure en reconnaissant à l'assuré une incapacité permanente absolue. Le Tribunal a notamment constaté que la profession habituelle de l'assuré était chef d'une carrière de pierre et qu'une incapacité permanente totale lui a été reconnue le 12 décembre 2007 en raison d'une coxarthrose avancée avec arthroplastie totale de la hanche gauche et arthroplastie de la hanche droite prévue. Le Tribunal a considéré que lorsqu'une demande de révision du degré d'incapacité a été déposée, l'état de santé de l'assuré s'est trouvé aggravé, non seulement parce que celui-ci était désormais porteur de prothèses aux deux hanches mais aussi parce qu'il souffrait d'une nouvelle pathologie d'origine psychiatrique, soit d'un trouble de l'adaptation avec détérioration cognitive légère qui l'empêche de poursuivre un travail effectif, voire même une activité sédentaire qui implique un certain degré d'initiative (AI pce 143).

### **E. 8.3**

L'assuré a encore rempli et signé le questionnaire à l'assuré le 15 juin 2015 duquel il appert qu'il a travaillé du 19 juillet 2004 au 26 avril 2007 à temps partiel comme chef d'équipe d'une carrière (AI pce 148) et le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage le 19 août 2015 (AI pce 152).

### **E. 9.1**

Comparant les états de faits se présentant le 26 août 2009 et le 13 octobre 2015 (cf. consid. 4.3), le TAF remarque que l'assuré souffrait en 2015 toujours des affections suivantes : - d'un status après coxarthroses traitées par arthroplasties totales et bilatérales des hanches, réalisées en 2007 (AI pces 137, 145 à 147, 150; anciens rapports : AI pces 86, 87, 91, 99, 100, 101 et 104), - des lombosciatalgies (AI pce 147), respectivement d'une lombarthrose avec discopathie L4-L5 et radiculopathie (AI pce 145 pp. 1 s.) ou des scolioses avec protrusion L5-S1 (AI pce 137; anciens rapports : AI pces 45, 84, 86, 87, 91, 99, 104), - des cervicarthroses (145 pp. 1 s.; anciens rapports : AI pces 84 et 91), - d'un SAOS traité (AI pces 137, 145, 146; anciens rapports : AI pces 87 et 104), - d'un trouble de l'adaptation avec état dépressif (AI pces 136 et 145 pp. 1 s.), respectivement d'un trouble anxio-dépressif (AI pce 137 et 145 p. 3; anciens rapports : AI pces 45, 98), - d'une légère détérioration cognitive (AI pce 137) ou une perte de mémoire (AI pce 146; ancien rapport : AI pce 98). Le Dr B.\_\_\_\_\_ médecin généraliste travaillant pour l'OAIE, a alors retenu comme diagnostics principaux un status après coxarthroses (traitées par arthroplasties réalisées en 2007) et un SAOS traité (depuis 2006; AI pce 150). Le Tribunal, eu égard aux documents versés, constate encore un syndrome lombovertébrale chronique tel qu'observé par les experts du SAM déjà. Comme diagnostics secondaires, sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu une fatigue, un déficit cognitif léger et des plaintes psychoréactives (AI pce 150). L'assuré présentait également toujours une dyslipidémie, une obésité et une gastrite antrale (AI pces 145 et 146; anciens rapports : AI pces 87 et 104). Ces atteintes, tout comme l'hypertrophie bénigne de la prostate (cf. l'expertise du SAM [AI pce 45; consid. 7.1 ci-dessus]) ou le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle, notés en 2012 pour la

première fois (AI pce 145 et 146), ne sont pourtant pas déterminants en l'espèce, n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré.

### **E. 9.2.1**

Le Dr B. \_\_\_\_\_, examinant les différents rapports médicaux, a conclu les 27 juillet, 27 septembre et 16 décembre 2015 que l'état de santé de l'assuré est resté inchangé depuis la dernière décision de refus de rente (du 26 août 2009) et que les activités de substitutions décrites par le Dr J. \_\_\_\_\_ en 2009, telles l'activité de petite livraison avec véhicule, la réparation de petits appareils/articles domestiques, l'activité de caissier, de vendeur de billets, de distribution de courrier interne, de commissionnaire et d'accueil/réceptionniste, étaient toujours entièrement exigibles (AI pce 150, 168 et TAF pce 4 annexe). Le Tribunal peut faire sienne l'appréciation du médecin de l'OAIE pour les raisons suivantes :

### **E. 9.2.2**

La coxarthrose et les arthroplasties totales des hanches, remontant à 2007, avaient été prises en considération par l'OAIE en 2009 et ont justifiées une incapacité de travail totale du 23 mars 2007 au 28 février 2008. Depuis lors, la capacité résiduelle de travail dans l'ancienne activité de surveillant des employés dans le domaine de la construction était de 70% et de 100% dans une activité sédentaire, ne nécessitant pas le port de charges et la marche et permettant d'alterner les positions (consid. 7.4.2 ci-dessus). Le Dr B. \_\_\_\_\_ le remarque à juste titre. Il relève également que la situation décrite dans l'arrêt du Tribunal C. \_\_\_\_\_ que l'assuré invoque, diffère du cas concret dans le sens que le 12 décembre 2007, lorsqu'une incapacité permanente totale a été reconnue en Espagne, l'institution nationale ne tenait pas encore compte des deux prothèses aux hanches (AI pce 168). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a également tenu compte des rapports orthopédiques des 16 août 2010 et 6 mars 2014 du Dr G. \_\_\_\_\_ (AI pces 144 et 147) qui fait état des diagnostics de coxarthroses et d'arthroplastie connus. Le médecin de l'OAIE a de plus noté que la Dresse M. \_\_\_\_\_ a observé dans son rapport du 21 mai 2015 une démarche et des mouvements normaux ainsi qu'une perte de force légère dans la jambe gauche et a mentionné qu'il faut éviter une surcharge des hanches, la marche sur le terrain irrégulier et le port des poids (AI pce 150 p. 2). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a encore remarqué qu'aucun médecin n'a signalé depuis les interventions de 2007 une complication quelconque, notamment un desserrage etc. (TAF pce 4 annexe) et a conclu que les limitations liées aux atteintes des hanches étaient légères (AI pce 150 p 3). Dès lors, à l'instar du médecin de l'OAIE, le TAF constate qu'aucune modification de l'état de santé de l'assuré n'est survenue depuis 2009, les limitations décrites par la Dresse M. \_\_\_\_\_ entrant entièrement dans celles retenues en 2009 déjà. Il n'y a donc pas lieu de réexaminer l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

### **E. 9.2.3**

Les lombosciatalgies dont l'assuré souffre sont observées depuis la première demande de prestations AI et les limitations fonctionnelles y relatives - pas d'activités physiques, mais une activité légère ou moyenne, ne nécessitant pas de porter des charges supérieures à 30 kg et offrant la possibilité de pouvoir changer de positions - ont été prises en compte dans la détermination des capacités résiduelles de travail de l'assuré (cf. consid. 7.1 et 7.4.2 ci-dessus). S'agissant de la situation prévalant en 2015, le Dr B. \_\_\_\_\_ a considéré que selon les rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ qui fait état de l'atteinte connue, une opération au niveau lombaire n'était pas (encore) envisagée et que le Dresse M. \_\_\_\_\_ a mentionné comme limitation une surcharge répétée de la colonne lombaire. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a alors

conclu que l'affection est toujours peu significative, sans signes radiculaires (AI pce 150 pp. 2 et 4, AI pce 168 p. 2). Par conséquent, l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis 2009 et la limitation décrite par la Dresse M.\_\_\_\_\_ respecte celles retenues auparavant. Aucune adaptation de l'appréciation des capacités résiduelles de travail de l'assuré n'est indiquée.

#### **E. 9.2.4**

S'agissant des cervicarthroses, le TAF remarque que ces atteintes ne sont mentionnées que par le Dr L.\_\_\_\_\_ (AI pce 145 pp. 1 s.) et que la Dresse M.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles au niveau de la colonne cervicale (AI pce 137 p. 5). Comme auparavant, les cervicarthroses sont donc modérées (cf. ancien rapport : AI pce 91). Dès lors, aucune modification de l'état de santé n'est survenue depuis 2009.

#### **E. 9.2.5**

Le SAOS, pris en compte en 2009 déjà, est traité, selon la Dresse M.\_\_\_\_\_ depuis 2006 (AI pce 150 pp. 1 et 4). En 2015, les médecins ne font pas état de modifications y relatives raison pour laquelle une modification de l'appréciation des capacités résiduelles de travail de l'assuré ne s'impose pas.

#### **E. 9.2.6**

Concernant les plaintes psychoréactives et la détérioration cognitive légère, telles que retenues par le Dr B.\_\_\_\_\_ ce médecin a à juste titre remarqué que ces troubles ont également déjà été pris en considération en 2009. Toutefois, ils n'ont pas été reconnus invalidant bien que le Dr I.\_\_\_\_\_ ait mentionné, en 2008 déjà, que le trouble de l'adaptation avec état dépressif et la légère détérioration cognitive empêchaient l'assuré à exercer son activité professionnelle avec normalité (AI pces 150 p. 4 et 168 p. 2; cf. aussi consid. 7.4.2 ci-dessus). Le TAF constate par ailleurs que le rapport du 10 août 2010 du Dr I.\_\_\_\_\_ est très similaire au rapport précédent et n'apporte pas de nouveaux éléments essentiels. A juste titre, le Dr B.\_\_\_\_\_ remarque que la présente situation diverge de celle jugée par le Tribunal C.\_\_\_\_\_ où le trouble de l'adaptation avec détérioration cognitive légère n'avait pas été pris en compte auparavant. L'aggravation observée en Espagne ne peut donc pas être confirmée en Suisse (AI pces 150 et 168). Le médecin de l'OAIE a aussi pris en considération le rapport du 21 mai 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_ qui a fait état des troubles psychiatriques de l'assuré, de son état dépressif, de sa perte d'énergie et de concentration ainsi que de son désintérêt pour les activités habituelles notamment. Ce médecin a également mentionné que l'assuré a toujours peur et souffre notamment de tremblements, de palpitations et de l'agitation (AI pces 150 et 168). Le Dr B.\_\_\_\_\_ a en outre tenu compte des rapports des 26 août 2010 et 6 mars 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_ qui a également fait état de graves lésions psychiques (AI pces 150 et 168). Le Dr B.\_\_\_\_\_ a finalement retenu que la Dresse M.\_\_\_\_\_ a rapporté le 21 mai 2015 que l'assuré a souffert d'une dépression importante mais qu'actuellement il n'a plus fait état d'une pathologie psychiatrique. De plus, le Dr B.\_\_\_\_\_ a souligné que selon la Dresse M.\_\_\_\_\_ l'assuré ne prend le Citalopram et le Lexatin que d'une manière sporadique, que pendant l'examen il a été conscient et orienté et que depuis le rapport du 10 août 2010, il n'y a plus eu de consultations psychiatriques (AI pce 150 pp. 2 et 4, pce 168 p. 2, TAF pce 4 annexe p. 2). De surcroît, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré était collaborant, qu'il a eu un bon discours, qu'il est venu seul à la consultation et qu'il a rapporté sa pathologie, ainsi que les dates, d'une façon correcte (AI pce 137 p. 3). S'agissant du déficit cognitif, le Dr B.\_\_\_\_\_ a

encore tenu compte des résultats peu sévères de l'examen cognitif du 6 août 2014, de l'EEG et du SPECT, tels que rapportés par la Dresse M. \_\_\_\_\_. Il a aussi retenu que selon ce médecin la détérioration cognitive est légère et stabilisée (AI pces 150 et 168 et TAF pce 4 annexe). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a alors conclu qu'il n'y a pas eu aggravation de l'état psychique de l'assuré depuis 2009 - que l'état s'est même amélioré compte tenu des remarques de la Dresse M. \_\_\_\_\_ l'assuré ne suivant notamment plus de consultations psychiatriques depuis le 10 août 2010, ne prenant des médicaments que d'une manière irrégulière et que les déficits cognitifs ne sont que légers et stabilisés (TAF pce 4 annexe). Le Tribunal n'a pas de raisons de mettre en doute l'évaluation du médecin de l'OAIE qui se base sur le rapport de la Dresse M. \_\_\_\_\_ postérieur, de 5 à 3 ans, aux rapports des Drs I. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ et qui ne fait pas état de troubles graves. Quant à l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_, le TAF remarque qu'elle dépasse la spécialité de ce médecin orthopédiste et qu'elle manque de motivation s'agissant notamment d'une aggravation de l'état de santé. Pour les motifs susmentionnés, le Tribunal rappelle de surcroît qu'il ne peut pas confirmer l'aggravation observée par le Tribunal C. \_\_\_\_\_. Dès lors, les troubles psychiatriques de l'assuré n'ayant pas subi de modifications depuis 2009, il n'y a pas lieu de réexaminer l'appréciation précédente selon laquelle ces troubles n'influencent pas les capacités résiduelles de travail de l'assuré.

### **E. 9.3**

L'assuré qui conteste la décision de l'OAIE prétend que ses maladies sont chroniques, irréversibles et progressives et d'une telle gravité qu'elles rendent impossible l'exercice d'une activité professionnelle quelconque. Il invoque aussi que le Tribunal C. \_\_\_\_\_ a reconnu qu'il présente une incapacité permanente absolue en raison d'une aggravation de son état de santé et soutient que cet arrêt a une valeur d'orientation. Le Tribunal ne peut suivre les arguments du recourant.

#### **E. 9.3.1**

Il sied de souligner qu'en l'espèce, l'examen du droit aux prestations AI ne peut pas s'effectuer indépendamment de la décision de refus de prestations du 26 août 2009 ; seule une modification de l'état de fait survenue jusqu'au 13 octobre 2015 peut être prise en compte (cf. consid. 4.2 ss ci-dessus et notamment consid. 4.3). Or, le Dr B. \_\_\_\_\_ après un examen détaillé de tous les documents versés au dossier, a constaté que les différents médecins n'ont pas fait état d'une modification de l'état de santé de l'assuré depuis le 26 août 2009 (cf. consid. 9.2 ss ci-dessus). Concrètement, l'assuré n'explique pas pour quelles raisons médicales cette appréciation ne peut pas être suivie ; il est insuffisant de prétendre que ses maladies sont progressives. Par ailleurs, il ne fait pas valoir que l'OAIE n'a pas tenu compte de toutes ses affections. De plus, contrairement à la situation jugée par le Tribunal C. \_\_\_\_\_ que l'assuré invoque, l'OAIE avait en 2009 déjà tenu compte des prothèses bilatérales aux hanches et du trouble de l'adaptation avec légère détérioration cognitive notamment (consid. 9.2.2 et 9.2.6 ci-dessus). Faute de modification essentielle de l'état de santé survenue entre le 26 août 2009 et le 13 octobre 2015, il n'y a pas de motif de réexaminer l'appréciation des capacités résiduelles de travail de l'assuré retenues en 2009 déjà. Cela étant, le TAF constate également que les limitations fonctionnelles relevées par la Dresse M. \_\_\_\_\_ déterminant les capacités résiduelles de travail, rejoignent celles retenues par l'OAIE, à savoir, pas de travaux lourds, pas de port de charges, pas de marche (aussi sur un terrain irrégulier) mais la possibilité de pouvoir alterner les positions (cf. consid. 7.4.2 et 9.2.2). Dès lors, le TAF ne saurait suivre le recourant qui prétend qu'il ne

peut plus exercer aucune activité professionnelle. Au contraire, le TAF estime qu'il existe encore un large éventail d'activités qui respectent les limitations susmentionnées et qui n'exigent pas de connaissances professionnelles spécifiques ou encore une formation professionnelle particulière.

### **E. 9.3.2**

Le TAF rappelle également que la rente d'invalidité que l'assuré touche en Espagne conformément à la législation de ce pays - compte tenu d'une incapacité permanente absolue - ne saurait préjuger de l'évaluation de son invalidité selon le droit suisse (voir aussi consid. 3.2 ci-dessus). Dès lors l'assuré ne peut rien déduire en sa faveur du fait qu'il touche une rente en Espagne.

### **E. 9.3.3**

Enfin, pour être complet, l'écoulement du temps ne peut pas en soi légitimer l'octroi d'une rente d'invalidité après un premier refus ou son augmentation pour la seule raison que la personne assurée a entre-temps atteint un âge (plus) avancé (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2, 9C\_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2 et 9C\_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5). De plus, l'assuré sait en l'occurrence, en raison des procédures antérieures, qu'un changement d'activité adaptée à ses problèmes de santé et à ses limitations fonctionnelles était attendu de sa part (cf. notamment l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 novembre 2001 cité [AI pce 71] et la décision de l'OAIE du 26 août 2009 [AI pce 126]). En vertu d'un principe généralement valable dans les assurances sociales suisses, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage (notamment : ATF 130 V 97 consid. 3.2; Ulrich Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131). En particulier, l'on peut exiger de sa part qu'il accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé afin de réduire sa perte de gain, même si cette activité diffère de sa profession habituelle (cf. art. 6 LPGA).

### **E. 9.4**

En conclusion, le TAF constate que les pièces produites par l'assuré ne sont pas de nature à établir qu'une modification de son état de santé est intervenue depuis le 26 août 2009, susceptible de modifier ses capacités résiduelles de travail et d'influencer ainsi son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant présente toujours une incapacité de travail totale dans une activité physiquement lourde, telle la profession de maçon, et une incapacité de travail de 30% dans la profession de surveillant des employés. Toutefois, dans une activité légère ou moyenne, ne nécessitant pas le port de charges et la marche et offrant la possibilité d'alterner les positions, sa capacité résiduelle de travail est entière.

### **E. 10**

La capacité résiduelle de travail de l'assuré étant depuis 2009 inchangé, le TAF constate que le degré d'invalidité de 30% au maximum, déterminé par l'évaluation du 19 mai 2009 (AI pce 121), reste valable. En effet, il considère que des modifications de la situation professionnelle de l'assuré, justifiant une nouvelle évaluation selon la méthode mixte, telle que pratiquée par l'OAIE et aboutissant à un degré de 15% et 20% (TAF pce 4 et annexe) ou alors de 35% au maximum, n'ont pas été établies avec une vraisemblance prépondérante (consid. 6.3 ci-dessus), même si l'assuré a travaillé de 2004 à 2007 à temps partiel (AI pces 112, 148 et 152). Au demeurant, cette question peut rester indécise, un taux d'invalidité maximal de 30% ou 35% ne donnant toujours pas droit à une rente, conformément à l'art. 28 al. 2 LAI cité (consid. 6.4 ci-dessus).

**E. 11**

Eu égard à ce qui précède, la décision du 13 octobre 2015 est confirmée et le recours rejeté.

**E. 12**

En vertu de l'art. 63 al. 1 PA selon lequel les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe, le recourant doit s'acquitter des frais de la présente procédure s'élevant à 400 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais que le recourant a versée (TAF pces 5 à 7). Le recourant étant débouté, il n'a pas droit à des dépens aux termes de l'art. 64 al. 1 PA et de l'art. 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) qui permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Par ailleurs, conformément à l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure, en qualité d'autorité partie, n'a pas droit aux dépens. Le dispositif se trouve à la page suivante.

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