

BVGer C-826/2014 vom 3. Februar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-826_2014

FR: TAF C-826/2014 du 3 février 2016

IT: TAF C-826/2014 del 3 febbraio 2016

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de 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 à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et le recourant ayant été exempté des frais de justice, le recours est recevable.

E. 2.1

Le recourant est ressortissant portugais domicilié au Portugal. 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2

de l'annexe II de l'ALCP).

E. 2.2

Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 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]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont, selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP, applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

E. 2.3

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 2.4

Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP), ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.5

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 I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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). La documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

E. 3.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier

volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 sont applicables. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente 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.

E. 3.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin, définit les faits déterminants et les preuves nécessaires dont elle ordonne l'apport et qu'elle apprécie d'office sans être liée par les conclusions des parties (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consis. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499); elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2), enfin elle applique le droit d'office. Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 3.3

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

E. 4.1

La décision dont est recours fait suite à une première et deuxième demandes de rente ayant été rejetées par décisions respectivement des 22 novembre 2006 et 7 décembre 2010 de l'OAIE confirmées par le Tribunal de céans respectivement les 28 septembre 2009 et 20 août 2012 au motif à chaque fois que l'intéressé ne présentait pas une invalidité de 40% au moins ouvrant le droit à une rente, sa capacité de travail étant entière dans une activité de substitution adaptée avec une perte de gain établie respectivement à 11% et 26%.

E. 4.2

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 68 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, ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

E. 4.3

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 114 consid. 2b; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007). 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 71 consid. 2.2).

E. 4.4

Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du TF 9C-246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), 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, ATF 130 V 71).

E. 4.5

En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande. Le Tribunal doit dès lors examiner en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée matériellement sur le droit de l'assuré à une rente si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er juillet 2012 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande déposée le 4 janvier 2012 [pce 126]) jusqu'au 20 janvier 2014, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les réf.).

E. 5

L'objet de la contestation est le refus du droit à une rente d'invalidité au motif que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de la loi, qu'en particulier sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée et lui permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui peut être obtenu sans invalidité. Il sied de relever que dans sa réponse au recours du 21 mai 2014 l'OAIE s'est référé à la perte de gain de 26% établie par le Tribunal de céans dans l'arrêt du 20 août 2012 (et non à son évaluation de 11% énoncée dans la décision dont est recours) précisant que cette évaluation était dans le cadre de la présente cause encore d'actualité.

E. 6

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement CE 883/2004). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 7.2

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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 (al. 1); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (al. 2); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 3); une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 7.3

Selon l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 2.2), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

E. 7.4

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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. 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 8.1

Le recourant a travaillé en dernier lieu au Portugal jusqu'au début 1999 ou jusqu'en août 2002 selon les pièces au dossier. Sa précédente demande de prestations AI a été rejetée par décision de l'OAIE du 7 décembre 2010 confirmée par arrêt du Tribunal de céans du 20

août 2012. Ses troubles de santé à l'origine de la troisième demande de prestations AI du 4 janvier 2012 relèvent de plaintes pour troubles psychiques et douleurs à la colonne vertébrale comme pour les première et deuxième demandes.

E. 8.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS] et de l'assurance-invalidité [LAI], 2011, n° 2060 ss).

E. 8.3

Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, notamment pour les personnes sans activité lucrative ou ayant exercé une activité lucrative à temps partiel, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tabelles d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (Valterio, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (Valterio, op. cit. n° 2051 et les références). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 258 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 9.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité 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. Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des

SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches. Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise. Fondé sur les données de son service médical l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

E. 9.2

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 352 consid. 3a et les références). 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. 3). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (voir spéc. Valterio, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. Valterio, op. cit. n° 2912; arrêts du TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3; 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

E. 9.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI peuvent avoir valeur d'expertise médicale s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence et ont même valeur probante que d'autres expertises (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.2 et les références, 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9.4

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI 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 et 9C_341/2007 du 17 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. arrêts du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s.; 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). 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 minimales, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d, arrêts du TF 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920).

E. 9.5

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; Valterio, op. cit. n° 2920).

E. 10.1

La deuxième demande de rente de l'intéressé a été rejetée sur la base principalement d'une expertise du 30 août 2010 en Suisse qui releva un excellent status apparent, une constitution athlétique, des membres supérieurs normaux avec callosités palmaires bilatérales, un rachis sans particularité avec une mobilité quelque peu réduite, une marche harmonieuse, des membres inférieurs sans particularité, un dossier radiologique attestant cependant de dégénérescences au niveau du rachis expliquant les douleurs lombaires permettant de conclure que l'intéressé ne pouvait plus exercer sa profession de maçon à un taux supérieur de 50% mais qu'il pouvait exercer une activité adaptée à son état de santé à 100%, ceci malgré la présence d'une dysthymie, d'une personnalité anxieuse-évitante et dépendante liée à une structure de la personne fragile. Le diagnostic posé par les experts a été celui, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies banales sur lésions d'ostéochondrose étagée, de spondylolyse bilatérale L5-S1 sans glissement (M 51.1) ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, de gonalgies (M 25.5), dysthymie (F 34.1) et personnalité anxieuse-évitante et dépendante (F 61.0). Sur la base du diagnostic posé le 30 août 2010 les experts avaient conclu, sur le plan somatique, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 10.2

Dans le cadre de la troisième demande de prestations déposée le 5 janvier 2012 par l'assuré, son état de santé, sur le plan somatique, a été apprécié sur dossier par la Dresse E. _____, FMH médecine générale et médecine physique et de réhabilitation. Ce médecin s'est fondé sur le rapport E 213 du 15 décembre 2011 détaillé et sur le CT lombaire du 1er septembre 2011. Le rapport médical E 213 (examen du 15 décembre 2011) indiqua les antécédents de syndrome dépressif et syndrome de la colonne vertébrale, nota les plaintes actuelles de douleurs à la colonne dorso-lombaire et de céphalées, indiqua un status de 181cm/84kg, un état mental et émotionnel normal, un status stabilisé, une mobilité dorso-lombaire douloureuse mais sans limitation, un Lasègue négatif, une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs, une force musculaire et un tonus sans altération, une marche sans altération. Il posa les diagnostics CIM10 F33 [Trouble dépressif récurrent épisode actuel léger] et M51 [Atteinte d'autres disques intervertébraux (c.-à-d. non cervicaux)]. Il retint la possibilité pour l'assuré d'effectuer des activités légères en milieu non humide, chaud, enfumé, froid, bruyant, avec tournus, sans flexions répétées, port et transport d'objets, utilisation de rampes et escaliers, risque de chute, sans délais à respecter, sans travail sur écran. Il indiqua la possibilité de travailler sans l'aide ou l'appui de tiers sur le lieu de travail

et à la maison, notant l'impossibilité d'exercer l'ancienne activité de maçon, mais un travail adapté à raison de 4h./jour. Le rapport ne précisa pas le motif (d'ordre somatique ou psychologique) de cette restriction du temps de travail dans une activité adaptée. Au sujet du CT lombaire du 1er septembre 2011 la Dresse E. _____ indiqua retrouver le spondylolisthesis L5-S1 grade I et les lésions arthrosiques étagées sans progression significative.

E. 10.3

De l'avis du 28 septembre 2012 de la Dresse E. _____ l'état de santé de l'assuré n'a pas évolué d'une façon déterminante au vu de la nouvelle documentation médicale produite dans le cadre de la troisième demande. Elle a ainsi retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée en tout cas du point de vue somatique. Elle confirma le 13 mai 2014 sa prise de position à la suite de son appréciation d'un nouveau CT lombaire du 26 décembre 2013 qui n'apporterait aucun élément nouveau ni argument en faveur d'une aggravation. Le CT lombaire du 26 décembre 2013 mettait certes en évidence essentiellement un discret listhesis antérieur de L5 ainsi que des protrusions discales lombaires dont celle au niveau L5-S1 était en possible contact avec la racine L5, situation déjà décrite en 2011. De ce point de vue l'appréciation de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée selon le rapport E 213 du 15 décembre 2011 trouve, sous l'angle somatique, aucun fondement explicite au dossier. Toutefois, la conclusion de la Dresse E. _____ dans son rapport sur dossier du 13 mai 2014 que les problèmes lombaires n'étaient plus au premier plan est restée sans motivation. Le fait qu'un nouveau CT lombaire ait été fait en décembre 2013 parle plutôt pour le contraire. Il s'ajoute, comme le radiologue l'a indiqué dans son rapport du 1er septembre 2011, qu'il faut vérifier par un examen clinique s'il y a compression radiculaire. Le dernier examen clinique au dossier date cependant du 15 décembre 2011 de sorte qu'un état clinique actuel au moment de la décision prise ne figure pas au dossier. Il s'ensuit en application de la jurisprudence en la matière que l'appréciation de la Dresse E. _____ ne peut être tenue pour probante et qu'un complément d'instruction sur le plan somatique s'avère nécessaire. Il sied de relever à ce titre que le neuroradiologue qui a évalué le CT lombaire du 26 décembre 2013 suggère un réexamen de la charnière lombo-sacrée.

E. 10.4

Dans leur expertise du 30 août 2010 les experts avaient retenu, sous l'angle psychiatrique, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) et de personnalité anxieuse-évitante et dépendante (F 61.0). Ils indiquèrent qu'à l'évaluation des capacités fonctionnelles il fut relevé une sous-estimation de celles-ci par l'intéressé, une insuffisance d'engagement avec des niveaux de cohérence faible, des déficiences cognitives sans toutefois qu'il y ait un syndrome déficitaire probant dans les modalités mnésiques, exécutives ou instrumentales compte tenu des résultats des diverses explorations menées. Ils notèrent qu'à l'évaluation en ateliers professionnels il ne fut relevé aucun effort d'application des consignes et aucun intérêt pour les activités proposées entraînant un rendement plus faible que la moyenne, pouvant être qualifié de médiocre. Ayant conclu que les troubles psychologiques étaient cependant sans influence sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée limitée uniquement par les atteintes somatiques, ils conclurent à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée mais relevèrent que cette capacité de travail médico-théorique était compromise par la personnalité de l'intéressé, l'attente d'une reprise professionnelle paraissant illusoire, quel que soit le secteur

d'activité envisagé. Cette appréciation doit être mise en relation, d'une part, avec les rapports psychiatriques de l'époque de la Dresse H._____, psychiatre traitant, des 23 juin 2006 (cf. pce 28 p. 1), 19 août 2008 (pce 54) et 11 février 2010 (pce 113) ayant suivi l'intéressé depuis 2005, dont l'expert psychiatre du rapport d'expertise du 30 août 2010 a eu connaissance, et, d'autre part, avec les rapports psychiatriques des 28 novembre 2011 (pce 130) et 19 juillet 2013 (pce 167) de la Dresse H._____ sur lesquels s'est prononcé le Dr I._____, psychiatre. Or il appert que le Dr I._____ dans deux notes succinctes des 26 janvier et 17 novembre 2013 (la deuxième renvoyant à la première) a indiqué que la seule modification concernant l'état de santé psychiatrique de l'assuré était l'indication d'une limitation de l'intelligence mais qu'une telle limitation ne pouvait soudainement survenir, qu'elle apparaissait lors de l'enfance ou à la naissance et que, si elle n'avait pas été mentionnée auparavant, elle ne saurait être actuellement déterminante. Le Dr I._____ n'a dans aucune de ses prises de position discuté l'évolution des contenus des rapports psychiatriques pourtant marquant une accentuation des troubles et une évolution depuis 2010 de la thérapeutique médicamenteuse contrairement à son indication. Il n'a pas également discuté l'indication d'un déficit cognitif accentué, des perturbations liées à des manifestations de rigidité liée à une faible capacité d'adaptation entraînant une diminution marquée de l'autonomie et des fonctionnalités au niveau familial et social, la nécessité, selon la psychologue traitante, de l'appui de tiers sous l'angle d'une chronicisation des atteintes de l'intéressé depuis 2005 pouvant avoir éventuellement nouvellement une incidence invalidante sur la capacité de travail. Ainsi le Tribunal de céans ne peut se prononcer en droit en pleine connaissance de l'état de santé psychiatrique de l'intéressé sur la base d'un rapport psychiatrique substantiel faisant état de l'évolution du status, de l'appréciation de la médication apparemment aggravée suivie, des diagnostics posés et discutés, de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé induite d'une éventuelle chronicisation des troubles comme cela semble résulter des derniers rapports de la Dresse H._____ s'écartant largement des diagnostics retenus antérieurement dans le rapport du 30 août 2010 sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) et de personnalité anxieuse-évitante et dépendante (F 61.0).

E. 10.5

Au vu de ce qui précède il sied d'admettre le recours et de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle complète l'instruction du dossier notamment sur le pan psychiatrique mais également sur le plan rhumatologique par une expertise en Suisse, selon la conclusion subsidiaire du recourant s'étant déclaré prêt à se soumettre à une expertise. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il 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 de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction 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).

E. 11.1

Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6).

E. 11.2

Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA).

E. 11.3

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce le recourant n'ayant pas été représenté par un avocat ou un mandataire professionnel, il n'est pas alloué de dépens. (Le dispositif figure sur la page suivante)

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