

# **BVGer A-3421/2013 vom 18. November 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_A-3421\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_A-3421_2013)

FR: TAF A-3421/2013 du 18 novembre 2014

IT: TAF A-3421/2013 del 18 novembre 2014

## **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), celui-ci connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE (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]). Conformément à l'art. 19 al. 3 LTAF, tout juge du Tribunal administratif fédéral peut être appelé à siéger dans une autre cour. Dans le cadre d'une collaboration entre les cours du Tribunal et d'une mesure de soutien visant à décharger la Cour III, la présente procédure a été reprise par la Cour I et la référence initiale C-3421/2013 a été remplacée par la référence A-3421/2013.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 cette 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. Or, conformément à 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**

En l'occurrence, le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Il a donc qualité pour recourir. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est en outre recevable, de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

### **E. 1.4.1**

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'autorité (administrative ou judiciaire) compétente constate les faits d'office, avec la collaboration des parties et administre les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé

d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; arrêt du TF 9C\_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-5618/2012 du 31 mars 2014 consid. 7). Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (cf. ATF 126 V 319 consid. 5a). Sont déterminants tous les faits dont la présence est décisive pour que la cause soit tranchée dans un sens plutôt qu'un autre. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt du TF 8C\_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2; arrêts du TAF C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1; C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (cf. arrêt du TF 9C\_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (cf. ATF 117 V 282; arrêt du TAF C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

#### **E. 1.4.2**

Lorsqu'il s'agit en particulier de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, l'administration et les tribunaux doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (cf. arrêts du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a; arrêts du TAF C-1472/2012 précité consid. 7.1.2 et C-6844/2011 précité consid. 7.2). Par ailleurs, il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant

(ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (cf. arrêt du TF 4A\_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5; arrêts du TAF C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5; C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statue en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (cf. ATF 122 V 157 consid. 1d). Cela vaut également lorsque le service médical de l'assureur n'a pas examiné lui-même l'assuré mais s'est limité à rendre un rapport de synthèse des pièces déjà versées au dossier, étant donné que ces documents contiennent des informations utiles à la prise d'une décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale ou d'une appréciation de celle-ci (cf. arrêts du TF 9C\_787/2012 du 20 décembre 2012 consid. 4.2.1 et 9C\_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2). Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a ainsi eu l'occasion de préciser que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 125 V 351 consid. 3b/ee; arrêt du TF 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 5.3; arrêts du TAF C-1472/2012 précité consid. 7.1.2 et C-6844/2011 précité consid. 7.3). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (cf. arrêt du TF 9C\_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss; arrêt du TAF C-4232/2011 précité consid. 5).

### **E. 2.1**

Selon une jurisprudence constante, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en compte les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2; arrêt du TAF A-6367/2012 du 20 mai 2014 consid. 2.2 et 2.3). Dans le cas présent, la demande de prestation a été déposée le 27 avril 2010, alors que la décision entreprise a été rendue le 27 janvier 2013. Par conséquent, le droit à des prestations doit être examiné à l'aune d'une part des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ainsi que, concernant d'autre part les éventuels faits postérieurs au 1er janvier 2012, sur la base des dispositions du premier volet de la 6e révision (RO 2011 5659), valable dès cette dernière date.

### **E. 2.2**

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (ATF 140 V 2 consid. 5.3). Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 27 septembre 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou, à défaut, si le droit à une rente est né entre cette date et le 27 janvier 2013, 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, 129 V 222 consid. 4.1 et 121 V 362 consid. 1b).

### **E. 3.1**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a et 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant près de dix-neuf ans au total (234 mois en Suisse [cf. dossier OAIE, pièce 30]). Il remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (voir à ce sujet arrêt du TAF C-1539/2009 du 17 juin 2011 consid. 6), de sorte qu'il convient à présent de se pencher sur la question de son invalidité.

### **E. 3.2**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'invalidité est ainsi une notion juridico-économique et non pas médicale et son taux ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminée par le médecin. Ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (cf. ATF 116 V 246 consid. 1b et 110 V 273 consid. 4). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé et non la maladie en tant que telle. Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent des éléments utiles pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

### **E. 3.3**

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, de par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI; cf. ATF 126 V 157 consid. 3a), c'est-à-dire celles prévues par la loi (cf. ATF 112 V 275 consid. 3b; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. marg. 1232 p. 341). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente suppose cumulativement que l'assuré ne puisse rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), qu'il présente une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40 % au moins (lettre c). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. arrêt du TF 9C\_757/2010 du 24 novembre 2010 consid. 4.1 et les références citées; Valterio, op. cit., n. marg. 2029 p. 536 s.; Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2e éd., Zurich/Bâle/Genève 2010, p. 279). En outre, lorsqu'un rapport médical indique la capacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs, il convient en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne, ce qui permet d'éviter les inégalités de traitement résultant de ce genre d'évaluation (cf. arrêts du TF 9C\_280/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2 et 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid.

3.3; Meyer, op. cit., p. 352). On notera par ailleurs que la cessation ou la réduction du taux d'activité ne doit pas forcément coïncider avec la diminution de la capacité de travail. Il est en effet possible que moyennant certains aménagements de son poste de travail, l'assuré puisse continuer à exercer son activité habituelle malgré une contre-indication médicale, c'est-à-dire dans une mesure qui dépasse ce que l'on peut exiger de lui (cf. arrêt du TF des assurances I 238/05 du 2 novembre 2005 consid. 2.2; Valterio, op. cit., n. marg. 2030 p. 537; Meyer, op. cit., p. 278 s.). Enfin, le délai d'attente d'une année doit être considéré comme interrompu de manière notable lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail durant une période de 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI, RS 831.201]; Revue à l'intention des caisses de compensation AVS et de leurs agences, des commissions AI et des offices régionaux AI, des organes d'exécution des prestations complémentaires à l'AVS/AI, du régime des allocations pour perte de gain en faveur des militaires et des personnes astreintes à servir dans l'organisation de la protection civile, ainsi que des allocations familiales [RCC] 1965 p. 47 consid. 2; Meyer, op. cit., p. 283).

#### **E. 3.4.1**

Aux termes de 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. Par ailleurs, 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 en Suisse (art. 13 LPGA). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40 % au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002, s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'Union. Selon l'art. 16 LPGA, 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 (revenu sans invalidité) est comparé, en application de la méthode dite générale, 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 (revenu d'invalide; ATF 129 V 224 consid. 4.3.1; arrêts du TAF C-96/2011 du 15 décembre 2011 consid. 12.2 et C-3726/2009 du 1er juillet 2010 consid. 10; concernant les différentes méthodes d'évaluation, cf. arrêt du TAF C-311/2012 précité consid. 5.3 et les références citées; cf. également arrêt du TAF C-8120/2010 du 13 janvier 2012 consid. 6 et les références citées). Selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a en effet l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En particulier, si l'intéressé ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part (cf. à cet égard ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; arrêt du TF I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 5 et 6; arrêt du TAF C-738/2010 du 20 août 2012 consid. 3.3.5.3; Valterio, op. cit., n. marg. 2068 p. 549), il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.2; arrêt du TF 9C\_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1).

#### **E. 3.4.2**

Selon l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), à l'exclusion toutefois des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a), des indemnités de chômage, des allocations de l'assurance perte de gain et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. c), ainsi que des éléments de revenu dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie, parce que sa capacité de travail limitée ne le lui permet pas (let. b; salaire dit "social"). Dans ce dernier cas, seule est déterminante la part du revenu qui correspond au salaire normalement dû eu égard à la capacité de travail et aux tâches effectuées par l'assuré, à l'exclusion des montants qui la dépassent. La preuve de l'existence d'un salaire "social" est toutefois soumise à des exigences sévères, car on doit partir du principe que les salaires payés équivalent généralement à une prestation de travail correspondante. Des liens de parenté, des liens privilégiés entre l'employeuse et la famille de l'employé, une disproportion entre les salaires en usage et le salaire versé, ou encore l'ancienneté des rapports de travail peuvent constituer des indices de la possibilité d'un salaire social (ATF 117 V 8 consid. 2c/aa et 104 V 90 consid. 2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_371/2013 du 22 août 2013 consid. 4 et I 106/05 du 2 août 2005 consid. 4.2.3; Valterio, op. cit., n. marg. 2071 p. 549 s.).

#### **E. 4**

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue et avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

##### **E. 4.1**

Tout d'abord, il sied de rappeler que dans la mesure où la détermination du degré d'invalidité relève de l'application exclusive du droit suisse, l'octroi d'une rente étrangère ne préjuge nullement de l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Par ailleurs, l'évaluation s'opérant en fonction des critères établis par la loi, on ne saurait fixer le degré d'invalidité de façon abstraite, sur la base de tables d'invalidité ou du seul dossier médical (cf. ATF 97 V 58 consid. 1; RCC 1967 p. 83 consid. 1b; Valterio, op. cit., n. marg. 2042 p. 541). Pour l'issue de la présente cause, il n'est donc en soi pas déterminant que le recourant, comme il le fait valoir dans son mémoire de recours, se soit vu reconnaître le droit à une rente d'invalidité par les institutions de sécurité sociale portugaises.

##### **E. 4.2.1**

En l'occurrence, il ressort clairement de la réponse de l'autorité inférieure du 6 novembre 2013 que pour apprécier l'incapacité de travail du recourant et, par la suite, rejeter la demande de prestations de ce dernier, l'OAIE s'est fondée sur la prise de position de son service médical du 27 février 2013 selon laquelle le recourant présente une incapacité de travail de 30% dans son activité habituelle depuis le 19 juin 2012. Il y a lieu de relever à titre préliminaire que, sur le plan médical, le dossier apparaît peu documenté, en ce sens que les documents médicaux objectifs utiles ne sont pas nombreux. Comme le service médical de l'OAIE le relève dans sa prise de position du 23 septembre 2013, le dossier repose dès lors uniquement sur le formulaire E 213 ainsi que sur les rapports médicaux du Dr.

F. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2012 portant sur une tomodensitométrie de la colonne cervicale et de la colonne lombo-sacrée et ceux du Dr. G. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2010 et du 19 juin 2012 portant sur la fonction respiratoire. Ces derniers se fondent sur des examens appréciant clairement la situation médicale du recourant et motivant dûment, à l'aide des examens menés, les diagnostics avancés. Partant, ces rapports ne contreviennent pas aux exigences de vérification et de motivation posées en la matière par la jurisprudence (cf. consid. 1.4.2 ci-avant). Ainsi, il s'agit en principe d'en tenir compte. Si les rapports du Dr. G. \_\_\_\_\_ et du Dr. F. \_\_\_\_\_ ne sont pas encore suffisants pour trancher l'affaire au fond, ils le sont en revanche pour remettre en question l'expertise du service médical de l'autorité inférieure.

#### **E. 4.2.2**

Tout d'abord, on relèvera que, dans sa prise de position du 27 février 2013, le service médical de l'OAIE apparaît se baser essentiellement sur le formulaire E 213 en reprenant les diagnostics de lombalgie non spécifiée sans symptôme neurologique et sans limite fonctionnelle ainsi que de broncho-pneumopathie chronique obstructive de ce dernier tout en négligeant de mentionner et de traiter les diagnostics relatifs à la protrusion discale constatée par le Dr. F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 avril 2010 suite à la tomodensitométrie entreprise ainsi que le syndrome d'insuffisance respiratoire relevé par le Dr. G. \_\_\_\_\_ dans ses rapports du 13 avril 2010 et du 19 juin 2012 à la suite des examens de la fonction respiratoire et qui serait une conséquence directe de la broncho-pneumopathie chronique obstructive observée. En cela, le service médical de l'OAIE ne traite pas complètement les conclusions des experts médicaux sans qu'il explique les raisons de ce choix. De plus, une aggravation du syndrome d'insuffisance respiratoire a pu être constatée par le Dr. G. \_\_\_\_\_ dans ses deux rapports du 13 avril 2010 et du 19 juin 2012. En effet, ces derniers pointent clairement une dégradation importante de la capacité vitale de la fonction respiratoire du recourant qui, de normal a baissé à 91% de sa valeur, ainsi qu'une réduction du volume respiratoire (de 63% à 56% de la valeur prédite) et une augmentation du degré d'obstruction bronchique. Or, le service médical de l'OAIE n'a pas traité cette aggravation de l'insuffisance respiratoire, alors même que cela pouvait constituer un élément important pour déterminer la capacité de travail du recourant. Enfin, la valeur probante de la prise de position médicale du 27 février 2013 est sérieusement remise en question par le fait que le médecin de l'OAIE a retenu à tort que la cause du diagnostic de broncho-pneumopathie chronique obstructive était dû à un abus de nicotine, bien que le recourant ainsi que les rapports médicaux du Dr. G. \_\_\_\_\_ avaient clairement, et à de multiples reprises, mentionné que le recourant n'était pas fumeur, son métier de maçon devant être la cause la plus probable de l'affection pulmonaire constatée. Cette erreur démontre l'imprécision du diagnostic posé par le médecin du service médical de l'OAIE et jette un doute sur son évaluation de la capacité de travail. En effet, en se trompant sur la cause de la broncho-pneumopathie, l'analyse entreprise n'évalue pas les causes, les possibles évolutions ainsi que les éventuels traitements de cette maladie, bien que ces éléments pourraient être amenés à jouer un rôle important dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Ainsi l'autorité de céans ne saurait s'appuyer sur les conclusions peu convaincantes du médecin de l'autorité inférieure. Dans ces conditions, il apparaît clairement que le rapport de ce médecin ne suffit pas à emporter la conviction de la Cour (cf. consid. 1.4.2 ci-avant).

#### **E. 4.2.3**

Il sied encore de relever que l'autorité inférieure se fondant sur les rapports médicaux de son service du 27 février et du 23 septembre 2014 conclut à une capacité résiduelle de travail complète du recourant dans des activités adaptées. Toutefois, le Tribunal de céans ne saurait être aussi catégorique que l'autorité inférieure, en particulier lorsque celle-ci considère que dans des activités peu exigeantes en matière cardio-respiratoire, la capacité de travail du recourant serait pleine et entière (taux d'occupation de 100 %). A cet égard, il s'agit de rappeler que mise à part les prises de position du service médical de l'autorité inférieure, dont la valeur probante est déjà sérieusement entamée (cf. consid. 4.2.2), aucune indication concrète concernant la capacité du recourant à exercer des activités légères et adaptées ne se trouve dans le rapport E 213 du 21 septembre 2012 (dossier OAIE, pièce n° 3), ni dans les rapports médicaux du Dr. G. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2010 puis du 19 juin 2012 et celui du Dr. F. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2012. Ainsi, aucun des médecins ayant pu examiner le recourant ne s'est directement prononcé sur sa capacité de travail dans des activités légères et adaptées. On notera notamment qu'entre les deux rapports de 2010 et de 2012 du G. \_\_\_\_\_ portant sur la fonction respiratoire, une dégradation a pu être constatée. On rajoutera également que le second rapport du Dr. G. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2012 mentionne un syndrome d'insuffisance respiratoire de modéré à grave, alors que le premier rapport du 13 avril 2010 fait état d'un simple syndrome modéré. Il sied d'observer que ces éléments, en l'occurrence relativement importants, sont susceptibles de jouer un rôle déterminant dans l'appréciation de l'adéquation d'une activité nouvelle à l'état de santé du recourant. Au vu de l'ensemble de ces circonstances et conformément à la jurisprudence en la matière (cf. consid. 1.4 [en particulier consid. 1.4.2] ci-avant), l'avis du service médical de l'OAIE ne saurait en conséquence convaincre le Tribunal administratif fédéral à l'aune du degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales que, pendant la période déterminante, le recourant était à même d'accomplir une activité adaptée à temps complet.

#### **E. 4.3**

Au vu de ce qui précède, il s'agit de constater qu'un doute sérieux subsiste quant à la question de savoir si le recourant a présenté, ou non, une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% pendant une année avant le moment où le droit à des prestations de l'assurance-invalidité aurait pu naître. Il appert notamment que la documentation médicale versée au dossier ne permet pas de se prononcer valablement sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que, le cas échéant, concernant les restrictions à l'exercice d'une telle activité. Il y a lieu de rappeler que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 125 V 351 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 5.3; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 précité consid. 7.1.2 et C-6844/2011 précité consid. 7.3). En particulier, les prises de position médicales du service médical de l'OAIE, pas plus que les autres pièces au dossier, ne constituent une base suffisante pour écarter une telle hypothèse. Partant, il y a lieu de constater que l'autorité inférieure n'a pas agi conformément au droit en statuant dans la présente affaire sans avoir au préalable recueilli des renseignements complémentaires concernant les conséquences de l'état de santé du

recourant sur sa capacité de travail (cf. consid. 1.4.1 et 1.4.2 ci-avant). Compte tenu de l'importance des lacunes constatées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie par conséquent de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA, afin que cette dernière entreprenne les mesures d'instruction qui s'imposent pour pouvoir statuer à satisfaction de droit dans le cas présent, soit au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 1.4.1 ci-avant), étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210. A cet effet, l'autorité inférieure veillera à requérir l'établissement d'un nouveau formulaire E 213 et de rapports basés sur des examens de la fonction respiratoire ainsi qu'une analyse dorsale complémentaire, ainsi que tout autre rapport que l'évolution de l'état de santé du recourant devait rendre nécessaire. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'administration pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

## **E. 5**

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Partant, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA), de sorte que la demande d'assistance judiciaire partielle devient sans objet. Dans la mesure où le recourant a renoncé à s'adjoindre les services d'un mandataire professionnel et où elle n'a en outre pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, une indemnité à titre de dépens ne lui est pas allouée (art. 64 al. 1 PA a contrario et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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