

BVGer C-3196/2018 vom 23. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3196_2018

FR: TAF C-3196/2018 du 23 novembre 2021

IT: TAF C-3196/2018 del 23 novembre 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.2

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 connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'autorité inférieure au sens de l'art. 5 PA. La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF, sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1] ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par un assuré directement touché par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et s'étant acquitté de l'avance sur les frais de la procédure (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2

L'objet du litige porte sur la décision du 2 mai 2018 aux termes de laquelle l'OAIE a accordé une rente entière d'invalidité à A. _____ du 1er mars au 31 décembre 2012. Ce dernier ne conteste pas le droit à la rente qui lui a été reconnu à compter du 1er mars 2012, mais fait grief à l'autorité inférieure d'avoir limité sa durée au 31 décembre 2012. La question décisive est par conséquent celle de savoir si l'OAIE pouvait exiger du recourant, à partir du 1er janvier 2013, une capacité entière de travail dans une activité adaptée en particulier dans celle d'enseignant d'école primaire dans laquelle il s'est reconverti.

E. 3.1

Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 3.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor / Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3ème éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il 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, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (P. Moor / E. Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2ème éd., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative*, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème éd., 2013, n° 1.55 ; cf. également Jean Métral, in : A.-S. Dupont / M. Moser-Szeless [édit.], *Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales [LPGA]*, 2018, ad art. 61 nos 74 ss). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4

La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France et ayant travaillé en Suisse de 2001 à 2010 (ci-dessus, let. A).

E. 4.1

La cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes

prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.2

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité - ce qui n'apparaît pas à l'analyse du dossier être le cas en l'espèce - ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V précité, *ibid.*).

E. 4.3

Attendu que le recourant est domicilié en France voisine dans le département B._____ et que l'atteinte à la santé à la base de la requête de prestations d'invalidité est survenue alors qu'il exerçait une activité lucrative en Suisse, dans le canton J._____, c'est à juste titre qu'en raison du statut de frontalier de l'assuré, l'instruction de la rente d'invalidité a été menée par l'autorité compétente du canton J._____, l'Office D._____, et la décision querellée notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

E. 5.1

Le droit matériel applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2 et 129 V 1 consid. 1.2). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

E. 5.2

Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours.

E. 6.1

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré 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) et compter au moins trois années entières 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 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). In casu, il ressort de l'extrait du compte individuel du recourant, que celui-ci compte un total de cent-quinze (115) mois de cotisations à l'AVS/AI entre 2001 et 2010 (pces AI 5, p. 2 et 3, 135, p. 6), de sorte qu'il remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations.

E. 6.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 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 (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6.3

Cela étant, il convient d'examiner si le recourant est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

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

E. 7.2

Selon 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

E. 7.3

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 (art. 6 1ère phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2ème phrase LPGA).

E. 7.4

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 7.5

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 7.5.1

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid.

5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

E. 7.5.2

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5, 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI nos 48 et 49).

E. 7.5.3

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI nos 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

E. 7.5.4

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation

médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 8.1

Selon la jurisprudence, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 et 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié in : ATF 137 V 369 ; cf. également Margrit Moser Szeless, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 9 ad art. 17). Elle doit par conséquent se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; applicable par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir également Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n° 32 ad art. 31).

E. 8.2

Selon l'art. 17 LPGA - applicable par analogie dans les cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5) - la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. L'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

E. 8.3

Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 [en particulier 5.4], 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2).

E. 9

L'instruction médicale de la présente cause a notamment porté au dossier la documentation suivante, aussi bien en procédure de première instance qu'en procédure de recours : - l'avis médical non daté du Dr O._____, médecin traitant spécialisé en médecine générale, exposant que A._____ a subi un traumatisme de la cheville gauche en août 2010 en sautant d'un camion et souffre depuis lors de douleurs empêchant la station debout prolongée et la marche ; le praticien relève qu'un traitement antalgique est régulièrement suivi et préconise un reclassement professionnel, la reprise du travail de paysagiste apparaissant improbable (pce AI 17, p. 5) ; - le rapport du Centre de chirurgie orthopédique (Dr P._____), à (...), daté du 31 août 2010, diagnostiquant une distorsion de l'articulation supérieure de la cheville gauche avec lésion ligamentaire sans perte significative de stabilité, le praticien recommandant notamment le port, durant environ deux mois à deux mois et demi, d'une chaussure orthopédique adaptée (pce AI 9, p. 7) ; - les rapports du Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'Hôpital Q._____ à (...) (Dr R._____) datés des 1er et 22 février 2011 (pce AI 9, p. 10, 14 et 35), 9 février 2011 (pce AI 9, p. 15), 5 avril 2011 (pce AI 9, p. 12) et 3 mai 2011 (pce 9, p. 31), et du Service de radiologie et de médecine nucléaire de l'Hôpital Q._____ à (...) (Dr S._____ , Dr T._____ , Prof. U._____) des 1er février 2011 (pce AI 9, p. 14) et 9 février 2011 (pce AI 9, p. 15), retenant, en substance, les diagnostics de traumatisme de l'os du trigone gauche sur une ancienne rupture de la syndesmose antérieure et postérieure de l'articulation supérieure de la cheville gauche avec lésion du ligament talo-fibulaire antérieur et d'ancienne lésion du ligament profond au niveau de la malléole médiale avec arrachement osseux ; - la lettre datée du 27 mai 2011, adressée au Dr O._____, médecin traitant de l'assuré, par laquelle le Dr V._____ , orthopédiste, rappelle tout d'abord que A._____ a subi un traumatisme indirect de la cheville gauche en août 2010 et que ladite cheville avait déjà fait l'objet en 1998 d'une ligamentoplastie, soit dix [recte : douze] ans auparavant ; le Dr V._____ souligne ensuite, d'une part, les douleurs au niveau du cou-de-pied liées à une arthrose débutante dont souffre le patient, désormais dans l'incapacité d'exercer son métier de paysagiste, et, d'autre part, l'absence d'effet du traitement infiltratif administré (pce AI 9, p. 33) ; - le rapport du Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'Hôpital W._____ (Prof X._____), à (...), daté du 28 juin 2011, lequel précise qu'aucun épisode de torsion n'a causé le traumatisme à la cheville gauche, qui provient d'une impaction au moment de la réception ; revenant sur les douleurs ressenties par A._____, le praticien a précisé : « (...), ce patient présente manifestement des douleurs d'origine cartilagineuse, comme en témoignent l'examen clinique mais aussi le type de douleur(s) qui sont plutôt des douleurs mécaniques, avec nécessité d'un dérouillage matinal et effort. Je partage l'avis de certains de mes confrères qui ont été réticents à la réalisation d'un quelconque geste chirurgical y compris arthroscopique. A mon sens, il ne règlera rien, sur cette cheville fragile qui finalement a décompensé à la suite de ce nouveau traumatisme. Il faut donc poursuivre sur la voie médicale, et peut-être envisag(er) un reclassement professionnel » (pce AI 9, p. 40) ; - le rapport médical du Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'Hôpital Q._____ à (...) (Dr R._____) du 13 juillet 2011, adressé à l'assurance C._____ (assureur accident et perte de gain maladie), posant le diagnostic de traumatisme de l'os du trigone gauche sur une ancienne rupture de la syndesmose antérieure et postérieure de l'articulation supérieure de la cheville gauche avec lésion du ligament talo-fibulaire antérieur et une ancienne lésion du ligament profond avec arrachement osseux au niveau de la malléole médiale, entraînant une incapacité de travail

totale dans l'activité de paysagiste dès le 31 janvier 2011 et précisant qu'une activité en position assise demeurerait très certainement possible (pce AI 9, p. 24 et 25) ; - la prise de position du Dr Y._____, médecin SMR, généraliste, datée du 30 août 2012, attestant d'une incapacité de travail de A._____ d'au moins 20 % dans son activité habituelle (pce AI 25) ; - le rapport médical de sortie, daté du 28 janvier 2013, établi par le Centre de Réadaptation de F._____ (Dr Z._____) que l'assuré a fréquenté du 22 octobre 2012 au 25 janvier 2013 pour le traitement de sa cheville gauche et qui diagnostique une « cheville traumatique douloureuse si trop sollicitée » et qui rapporte en particulier qu'à la suite d'un accident de travail survenu en août 2010, l'assuré a subi une entorse de la cheville gauche traitée par voie orthopédique, présente depuis lors une cheville arthrosique, le seul traitement envisageable étant celui d'une arthrodèse (pce AI 67, p. 12 et 13) ; - un rapport final de réadaptation duquel il ressort que l'assuré ne se sentait pas apte à assumer un emploi à 100 % en raison de ses limitations à marcher et à tenir la position debout de manière prolongée ; durant sa formation d'enseignant, il n'avait dû enseigner qu'à 50 %, l'autre 50 % étant consacré à la formation théorique, et il avait dû recourir au soutien de ses collègues car il ne pouvait pas assurer la surveillance des plus jeunes enfants (en France à partir de 3 ans) en raison des changements d'étages que cette charge impliquait (cf. rapport final de réadaptation du 8 novembre 2016 [pce AI 103, p. 2]) ; - la prise de position du Dr K._____, médecin SMR, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, datée du 17 août 2017, qui retient, en se basant sur les pièces médicales du dossier, au titre de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, une restriction de la capacité de charge de l'articulation de la cheville gauche (arthrose) entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de paysagiste dès le 10 août 2010 ; par contre, l'assuré conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant l'alternance spontanée de la charge et s'exerçant principalement en position assise, depuis le 1er octobre 2012, échéance coïncidant avec le terme des indemnités journalières versées par l'assureur-maladie (C._____), jusqu'au 30 septembre 2012 ; estimant médicalement infondée l'affirmation de l'intéressé selon laquelle il ne serait pas apte à exercer à plein temps une activité adaptée, le médecin SMR explique que depuis la remobilisation post-opérative, il ne subsiste aucune limitation fonctionnelle significative entravant l'exercice de l'activité professionnelle dans laquelle l'assuré a été reconverti moyennant les mesures de réadaptation AI ; certes n'existe-t-il pas de constat médical récent, mais il n'y a cependant rien à en attendre, compte tenu de la suspension du traitement médical depuis plusieurs années ; il ne ressort du dossier aucune constatation médicale susceptible de fonder une évaluation différente de celle ressortant de l'avis SMR du 30 août 2012 et aucune ne saurait être attendue à défaut de traitement médical, raison pour laquelle il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle expertise ; seule une arthrose au niveau de l'articulation de la cheville gauche entraînant des douleurs insupportables au repos pourrait en dernier recours être prise en compte et traitée par voie d'arthrodèse ; aucun épuisement des possibilités de traitement n'est documenté au dossier (pce AI 121) ; - le rapport du Dr L._____, rhumatologue à (...), adressé au Dr O._____, médecin traitant de l'assuré, en date du 10 octobre 2017, qui indique que le patient se plaint de douleurs résiduelles à la cheville gauche en position debout prolongée, mais également dès le matin avec une notion de dérouillage d'environ 5 minutes, qu'il prend peu d'antalgique et que la marche se fait au prix d'une boiterie, l'intéressé se déplaçant avec une canne en T du côté droit ; le bilan radiographique objective des lésions dégénératives débutantes et la présence d'un os trigone accessoire ; le médecin conclut que le tableau clinique et radiologique apparaît relativement

stable et ne justifie que la poursuite d'un traitement symptomatique éventuellement associé au port d'une cheville, A. _____ devant limiter au maximum les marches prolongées, en particulier sur terrain irrégulier, de même que la montée et la descente d'escaliers (pce AI 123) ; - le courrier du 24 octobre 2017 de M. _____, psychologue, qui indique suivre en psychothérapie A. _____ depuis deux années, ce dernier ayant sollicité cette prise en charge à la suite d'un accident du travail qui l'avait contraint à une reconversion professionnelle ; à la suite de celle-ci, A. _____ se trouvait en situation de dépression post-traumatique car il n'arrivait pas à faire le deuil de son précédent travail et avait des difficultés à gérer la douleur à sa cheville ; présentant en outre des troubles de l'humeur, du sommeil et de l'alimentation, A. _____ avait été invité à poursuivre les séances de psychothérapie, la dépression impactant au surplus progressivement sa relation de couple (pce AI 129) ; - la prise de position du 27 octobre 2017 du Dr K. _____, médecin SMR spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie, selon lequel le Dr L. _____ indique dans son rapport du 10 octobre 2017 que l'assuré souffre de douleurs résiduelles avec des problèmes de dérouillage matinal contre lesquelles il ne prend toutefois que peu d'antalgiques ; en outre, les constats médicaux retenus par le Dr L. _____ établissent comme précédemment et de manière incontestée une fonction limitée de l'articulation de la cheville gauche (mobilité / gonflement / modifications dégénératives débutantes) compatible néanmoins avec l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée ; le Dr K. _____ en conclut que le rapport du Dr L. _____ précité atteste d'une situation relativement inchangée sur les plans clinique et radiologique, qui ne fonde aucune option médicale autre que la poursuite de la thérapie symptomatique éventuellement soutenue par le port d'une orthèse de la cheville et n'objective aucun constat susceptible de modifier les conclusions auxquelles le Dr K. _____ est parvenu dans sa précédente prise de position, le 17 août 2017 (pce AI 126) ; - les rapports du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital cantonal de N. _____, à (...), des 12 octobre 2017 (AA. _____ et AB. _____ ; pce AI 127), 25 octobre 2017 (Drs AC. _____ et AB. _____) et 9 novembre 2017 (AA. _____ et AB. _____ ; annexes nos 3 et 4 pce TAF 10) qui retiennent les diagnostics de suspicion d'arthrose post-traumatique de la cheville gauche avec conflit antéro latéral gauche sur un pes planovalgus préexistant avec insuffisance tibiale postérieure de degré II, sur status post rupture de la syndesmose antérieure en 1998 et sur status post distorsion avec lésion du ligament talo-fibulaire antérieur et lésion du ligament deltoïde avec arrachement osseux de la syndesmose antérieure en 2010 ; - la prise de position du 14 novembre 2017 du Dr K. _____, médecin SMR spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie, dans laquelle ont été examinés les documents de l'Hôpital cantonal N. _____ du 12 octobre 2017, d'une part, et de M. _____ du 24 octobre 2017, d'autre part ; le médecin SMR constate que dans le cadre des douleurs résiduelles connues entraînant des limitations fonctionnelles du pied gauche, un nouveau diagnostic susceptible d'entraîner un nouveau processus thérapeutique a été posé, lequel n'est pas de nature à modifier les constats relatifs à l'exigibilité d'une activité lucrative ; sur le plan psychiatrique, le médecin SMR ajoute que le rapport de M. _____ n'est pas non plus de nature à modifier l'appréciation de l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée dès lors que le psychologue traitant ne fonde pas son diagnostic sur un système de classification reconnu, pas plus qu'il ne documente le suivi d'un traitement spécialisé conforme aux règles de l'art, alors même qu'il appartiendrait à l'assuré de s'y soumettre, ou n'indique que les ressources thérapeutiques seraient épuisées ; le Dr K. _____ en conclut que ces documents ne sont pas de nature à modifier sa précédente appréciation médicale

(pce AI 130) ; - le rapport du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital cantonal N._____(Dr AA._____), du 28 novembre 2017, adressé au Dr O._____, qui retient le diagnostic de conflit antéro latéral avec irritation du nerf fibulaire superficiel et du nerf sural de l'articulation de la cheville gauche sur status post rupture de la syndesmose antérieure avec ostéosynthèse en 1998 et status post distorsion avec lésion du ligament talo-fibulaire antérieur et lésion du ligament deltoïde avec arrachement osseux de la syndesmose antérieure en 2010 ; qui précise qu'il n'existe pas d'indication en faveur d'une intervention chirurgicale et préconise le port de semelles orthopédiques, une stabilisation physiothérapeutique et le renforcement de la musculature, une éventuelle infiltration du nerf fibulaire superficiel et sural à titre de thérapie de la douleur étant évoquée ; qui souligne qu'en l'état, la capacité de travail de l'assuré dans son activité adaptée d'enseignant primaire (« Primarlehrer ») ne peut être arrêtée de manière précise, le praticien sollicitant une réévaluation de la situation par l'assurance-invalidité et une convocation en ce sens du patient (pce AI 131) ; - le certificat médical du Dr O._____, médecin généraliste, daté du 21 septembre 2018, indiquant que l'état de santé de A._____ justifie un travail adapté, à temps partiel (annexe pce TAF 13) ; - le rapport du 3 octobre 2018 versé en cause en annexe à la duplique du Dr K._____, médecin SMR spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie, estimant en substance que les rapports des 25 octobre 2017, 9 et 28 novembre 2017 faisant suite aux consultations du recourant à l'Hôpital cantonal N._____ ne permettaient pas de remettre en cause la capacité de travail de ce dernier à plein temps dans l'activité adaptée d'enseignant d'école primaire et cela même en tenant compte des plaintes du recourant portant sur la persistance de douleurs importantes en cas de maintien durable de la position debout ; en effet, cette activité professionnelle était adaptée aux restrictions imposées par l'état de santé de A._____ (annexe pce TAF 15).

E. 10.1

En l'espèce, il est constant que le recourant a subi le 10 août 2010 un traumatisme lui causant depuis lors des douleurs persistantes ainsi qu'une restriction de la charge au niveau de la cheville gauche entraînant une incapacité totale de travail dans son activité lucrative habituelle de paysagiste. Compte tenu de ces troubles, il a été mis au bénéfice d'une rente entière du 1er mars au 31 décembre 2012. Considérant qu'il avait recouvré une capacité entière de travail dans une activité adaptée à partir du 1er octobre 2012, l'OAIE a supprimé le droit à la rente avec effet au 1er janvier 2013 aux termes de la décision litigieuse du 2 mai 2018.

E. 10.2

A l'appui de la décision querellée, l'OAIE s'est principalement fondé sur l'avis du médecin SMR, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, formulé le 17 août 2017 (pce AI 121) et compété les 27 octobre 2017 (pce AI 126) et 14 novembre 2017 (pce AI 130). En bref et pour l'essentiel, ce médecin considère que l'assuré présente une restriction de la capacité de charge au niveau de l'articulation de la cheville gauche (arthrose) entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité de paysagiste dès le 10 août 2010. En revanche, l'assuré conservait une capacité de travail illimitée dans une activité adaptée c'est-à-dire permettant l'alternance spontanée de la charge et s'exerçant principalement en position assise depuis le 1er octobre 2012 correspondant au premier jour suivant le terme des indemnités journalières versées par l'assureur-maladie jusqu'au 30 septembre 2012. L'affirmation selon laquelle l'assuré ne

disposerait pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas fondée médicalement et une éventuelle arthrose pouvait, en dernier recours, être traitée par voie d'arthrodèse afin d'atténuer des douleurs insupportables au repos (cf. avis SMR du 17 août 2017 [pce AI 121, p. 5]). Dans le cadre des douleurs résiduelles connues entraînant des limitations fonctionnelles du pied gauche, un nouveau diagnostic susceptible d'entraîner un nouveau processus thérapeutique avait été posé, lequel n'était cependant pas de nature à modifier les constats relatifs à l'exigibilité d'une activité lucrative. Sur le plan psychique, le rapport de M. _____ n'était pas non plus de nature à modifier l'appréciation de l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée dès lors que le psychologue traitant ne fondait pas son diagnostic sur un système de classification reconnu, pas plus qu'il ne documentait le suivi d'un traitement spécialisé conforme aux règles de l'art, alors même qu'il appartenait à l'assuré de s'y soumettre, ni n'indiquait que les ressources thérapeutiques étaient épuisées (cf. avis SMR du 24 novembre 2017 [pce AI 130]).

E. 10.3

Le recourant conteste avoir récupéré une capacité entière de travail dans une activité adaptée. Il se considère « en incapacité de travail professionnelle à 100 % », « même dans une activité adaptée à ses problèmes de santé » (pce TAF 1) en raison de « douleurs quotidiennes que même les nombreux anti-inflammatoires [...] n'arrive(nt) plus à soulager » (pce TAF 18), ajoutant se déplacer avec une canne et ne pouvoir rester longtemps en position debout.

E. 11

Se fondant sur les développements d'ordre somatique (cf. consid. 11.1) et psychique (cf. consid. 11.2) suivants, la Cour de céans considère que l'OAIE a statué sur la requête de prestations d'invalidité du recourant sur la base d'une instruction respectivement de constatations médicales incomplètes voire inexactes relatives à l'état de santé respectivement à la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

E. 11.1

Sur le plan somatique, il apparaît d'emblée que le Dr K. _____ fait état dans son rapport du 17 août 2017 d'une remobilisation post-opérative « seit Abschluss der postoperativen Remobilisierung » alors même qu'aucun geste chirurgical n'a été pratiqué à la suite du traumatisme subi par le recourant le 10 août 2010, permettant de douter des constatations médicales prises en compte par le médecin SMR dans son appréciation de l'état de santé respectivement de la capacité résiduelle de travail du recourant. En outre, lorsque le médecin SMR affirme que la capacité de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée est entière depuis le 1er octobre 2012, celui-là reprend (pce 121, p. 4), sans la motiver, l'appréciation opérée par l'assureur-maladie (pce AI 117 [voir tout particulièrement p. 10 à 12]) sur la base de considérations juridiques distinctes de celles de l'assurance-invalidité, laquelle ne saurait être reprise sans autres développements dans le cadre de la présente procédure AI. Dite affirmation est de plus contredite notamment par le rapport du 28 novembre 2017 du Dr AA. _____, de l'Hôpital Q. _____ à (...), selon lequel la capacité de travail de l'assuré dans l'activité considérée comme adaptée d'enseignant primaire demeure indéfinie et devrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation par l'assurance-invalidité (« Der Patient war früher als Gärtner tätig, nun umgeschult als Primarlehrer, aktuell kann keine Einsatzfähigkeit in Prozenten definiert werden. Ich bitte Sie, eine erneute Beurteilung durch die IV zu organisieren und den Patienten hierzu

aufzubieten » [pce AI 131]). Au mépris de la jurisprudence (cf. ci-dessus, consid. 7.5.4), les rapports SMR sur lesquels la décision litigieuse se fonde n'exposent pas les motifs pour lesquels il se justifierait de s'écarter du rapport du 28 novembre 2017, cela alors même que le Dr AA. _____ y fait mention d'un nouveau diagnostic (conflit antéro latéral avec irritation du nerf fibulaire superficiel et du nerf sural de l'articulation de la cheville gauche), de même qu'il y préconise une éventuelle infiltration du nerf fibulaire superficiel et sural à titre de thérapie de la douleur, ainsi qu'il suggère une réévaluation par l'assurance-invalidité de la capacité de travail de l'assuré dans son activité de reconversion en tant qu'enseignant primaire (« Primarlehrer » ; pour le détail du contenu du rapport du 28 novembre 2017, cf. ci-dessus, consid. 8). Le médecin SMR se borne à affirmer, sans autre développement, que le nouveau diagnostic susceptible d'entraîner un nouveau processus thérapeutique posé n'est pas de nature à modifier les constats relatifs à l'exigibilité d'une activité lucrative, cela aux termes d'un rapport établi le 3 octobre 2018, soit après l'introduction de la procédure de recours, lequel n'emporte pas la conviction de la Cour de céans, dès lors qu'aucune valeur probante ne saurait être accordée à un rapport SMR établi après l'introduction d'une procédure de recours et destiné avant tout à soutenir le point de vue de l'administration (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2009 du 6 novembre 2009 consid. 3.2.2.2 ; voir également Michel Valterio, op. cit., n° 42 ad art. 57 LAI). Dans ses rapports des 17 août 2017 (pce AI 121), 27 octobre 2017 (pce AI 126) et 14 novembre 2017 (pce AI 130), le rhumatologue SMR s'est borné, en bref et pour l'essentiel, à retenir, sur le plan du diagnostic, que le recourant présente une restriction de la capacité de charge de l'articulation de la cheville gauche (arthrose) et à indiquer que les douleurs connues sont susceptibles de trouver une réponse médicale en procédant, le cas échéant, à une arthrodeèse. Ce faisant, il reprend à son compte une appréciation médicale isolée (cf. rapport du 28 janvier 2013 du Dr Z. _____ du Centre de Réadaptation de F. _____ [pce AI 67 p. 12-13]), l'ensemble des autres avis médicaux figurant au dossier ayant écarté l'opportunité d'un geste chirurgical (cf. notamment avis du Prof. X. _____ du 28 juin 2011 [pce AI 9, p. 40] ; rapport du 28 novembre 2017 de l'Hôpital cantonal N. _____, à (...) [pce AI 131, p. 1]). En outre, il retient, sans autre explication, une capacité entière de travail de l'assuré dans l'activité d'enseignant - laquelle implique la tenue répétée et prolongée de la position debout alors que les marches prolongées sont prohibées malgré les avis contraires des Drs AA. _____ (cf. rapport du 28 novembre 2017 [pce AI 131]) et O. _____ (cf. rapport du 21 septembre 2018 [annexe pce TAF 13]) et alors même que selon le rapport final de réadaptation du 8 novembre 2016, durant sa formation d'enseignant, le recourant n'a enseigné qu'à 50 %, l'autre 50 % étant consacré à la formation théorique, et qu'il a dû recourir au soutien de ses collègues car il ne pouvait pas assurer la surveillance des plus jeunes enfants (en France à partir de 3 ans) en raison des changements d'étages que cette charge impliquait (cf. rapport final de réadaptation du 8 novembre 2016 [pce AI 103, p. 2]), étant rappelé que la montée et la descente d'escaliers est considérée comme incompatible avec l'état de santé de l'assuré (cf. rapport du Dr L. _____ du 10 octobre 2017 [pce AI 123]). Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans considère que l'OAIE ne pouvait fonder la décision litigieuse sur l'avis SMR exprimé dans les rapports des 17 août 2017 (pce AI 121), 27 octobre 2017 (pce AI 126) et 14 novembre 2017 (pce AI 130) du Dr K. _____ pour opposer au recourant, sur le plan somatique, une capacité entière de travail dans l'exercice du métier d'enseignant alors que celui-ci se plaignait, de manière constante, de douleurs récurrentes et persistantes reconnues résultant de troubles dégénératifs de la cheville gauche diagnostiqués en 2011 et qui, en 2017, causaient au patient non seulement des douleurs résiduelles à la cheville

gauche en position debout prolongée, mais également dès le matin avec une notion de dérouillage d'environ 5 minutes, ainsi qu'une boiterie, l'intéressé se déplaçant avec une canne en T du côté droit (cf. rapport du Dr L._____, rhumatologue, du 10 octobre 2017 [pce AI 123]), et qu'ils pouvaient se révéler ainsi incompatibles avec l'exercice à plein temps du métier d'enseignant primaire ainsi qu'un spécialiste en orthopédie l'a souligné, en même temps qu'il a émis un nouveau diagnostic (cf. rapport du 28 novembre 2017 du Dr AA._____ [pce AI 131]), suggérant la mise en oeuvre d'un complément d'instruction ignorée par l'assurance-invalidité.

E. 11.2

Sur le plan psychique, le dossier contient un courrier de M._____, docteur en psychologie, daté du 24 octobre 2017, attestant du suivi de l'intéressé en psychothérapie depuis 2015. Il y est notamment fait mention d'une dépression post-traumatique, l'assuré ne parvenant pas à faire le deuil de son activité passée de paysagiste, de troubles de l'humeur, du sommeil et de l'alimentation (pce AI 129, p. 2). En outre, une note de l'Office D._____ datée du 25 janvier 2012 évoquait déjà un état psychique dégradé et un suivi auprès d'un spécialiste en psychiatrie (pce AI 13). Enfin, la décision litigieuse invite l'assuré à suivre un traitement psychiatrique et à épuiser toutes les options diagnostiques et thérapeutiques (pce AI 137, p. 10 : « Es wäre Ihnen aber gemäss RAD zumutbar, sich in eine fachpsychiatrische Behandlung unter Ausschöpfung aller diagnostischen und therapeutischen Optionen zu begeben »), reconnaissant ainsi un potentiel impact de la santé psychique de A._____ sur sa capacité de travail. Dans ces circonstances, même si dans son rapport du 14 novembre 2017, le Dr K._____, médecin SMR, indique à juste titre que M._____, qui n'est pas médecin psychiatre, ne pose aucun diagnostic psychiatrique fondé sur un système de classification reconnu, l'OAIE ne pouvait pas opposer au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sans procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychique.

E. 11.3

En conclusion, compte tenu des divergences dans les avis de praticiens spécialistes ayant examiné l'assuré sous l'angle somatique (ci-dessus, consid. 11.1) et des doutes quant à l'état de santé psychique de l'assuré (ci-dessus, consid. 11.2), l'examen du cas d'espèce ne se résume pas à l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé, non contesté et établi de manière concordante par les médecins. Dans ces circonstances, l'OAIE ne pouvait pas statuer sur la seule base des prises de position SMR établies sur dossier les 17 août 2017, 27 octobre 2017 et 14 novembre 2017 par le Dr K._____.

E. 12.1

Au regard des éléments évoqués précédemment, le Tribunal estime qu'il subsiste des doutes quant à l'état de santé du recourant, d'une part, et quant à sa capacité de travail, en particulier dans son activité de reconversion en tant qu'enseignant primaire, d'autre part. En présence de doutes relatifs à la fiabilité des conclusions du médecin-conseil de l'autorité inférieure, principalement s'agissant de la capacité de travail de A._____ dans une activité adaptée, il n'est en l'état actuel pas possible de se prononcer en connaissance de cause sur le droit à la rente. Aussi, le dossier doit-il être renvoyé à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction complémentaire nécessaires et propres à clarifier l'état de santé de A._____, respectivement à déterminer sa capacité de travail en application de l'art. 61 al. 1 PA, cela bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel eu égard au

principe de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst. ; RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). A cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi était 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 lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Tel est le cas en l'espèce, le Tribunal, au regard des considérations du présent arrêt, n'étant pas convaincu par l'avis du médecin SMR sur lequel repose la décision querellée, à tout le moins s'agissant de la détermination de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

E. 12.2

Avant de statuer sur l'éventuel droit du recourant à une rente pour la période ultérieure au 31 décembre 2012, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical et statuera sur la base de l'état de santé présenté par le recourant au moment de la nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé ainsi que sa capacité de travail. Compte tenu de la maxime inquisitoire prévalant en droit des assurances-sociales et des défauts de l'instruction du dossier ainsi que de la constatation des faits exposés précédemment, elle mettra notamment en oeuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse dans les disciplines de l'orthopédie ou/et de la rhumatologie, de la psychiatrie et de la neurologie ainsi que dans d'autres disciplines si elle l'estime nécessaire (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra principalement déterminer les limitations fonctionnelles de l'assuré et l'évolution de son état de santé depuis le 1er octobre 2012 et évaluer de façon précise et cohérente sa capacité de travail dans une activité lucrative adaptée, en examinant tout particulièrement - ce qui a été omis jusqu'à présent - dite capacité dans l'activité d'enseignant primaire, laquelle peut nécessiter la tenue fréquente et prolongée de la position debout (enseignement au tableau, assistance aux pupitres de l'élève,...) entraînant une mobilisation intense de la cheville gauche. Sur le plan de la santé mentale, elle devra, le cas échéant, répondre aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 143 V 409, 143 V 418 et 141 V 281). Enfin, il s'agira d'investiguer, dans le cadre du volet neurologique de l'expertise, les raisons et éventuelles conséquences de l'inflammation du nerf sciatique évoquée en fin de procédure et qui a été attestée par la médecine du travail (pce TAF 18 et annexe). Pour réaliser cette expertise, l'organisme d'évaluation mandaté devra maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2), notamment en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1).

E. 13

Au demeurant, la Cour de céans indique qu'il n'est pas nécessaire d'attirer l'attention du recourant sur la possibilité de retirer son recours, dès lors qu'il n'encourt pas le risque d'une *reformatio in pejus* (cf. ATF 137 V 314 consid. 3.2.4), le droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars 2012 au 31 décembre 2012 étant incontesté tant par les parties que par les éléments figurant au dossier. En effet, tous les médecins consultés s'accordent sur le

fait qu'entre le 10 août 2010 et le 1er octobre 2012, l'assuré était totalement inapte au travail, quelle que soit l'activité lucrative, considérations partagées par l'intégralité des praticiens qui se sont prononcés à ce propos au cours de la présente procédure.

E. 14

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis. Partant, la décision du 2 mai 2018, en tant qu'elle reconnaît au recourant le droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er mars 2012 au 31 décembre 2012, est confirmée. Elle est annulée au surplus. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire afin d'établir la capacité de travail du recourant à compter du 1er octobre 2012 et nouvelle décision quant au droit à la rente au-delà du 1er janvier 2013.

E. 15.1

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (cf. ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 1ère phrase PA). Partant l'avance de frais acquittée le 25 juin 2018 sera restituée au recourant à l'entrée en force du présent arrêt.

E. 15.2

Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, 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. Les parties ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 FITAF). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2 2ème phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer au recourant, représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à 600 francs (frais compris ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), ses diverses interventions s'étant limitées à transmettre des rapports médicaux. (Le dispositif est porté à la page suivante)

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