

BVGer C-4091/2014 vom 9. Juni 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4091_2014

FR: TAF C-4091/2014 du 9 juin 2017

IT: TAF C-4091/2014 del 9 giugno 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 11.1

Le Tribunal ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation du SMR s'agissant de l'incapacité totale de travail du recourant dans toute activité, à tout le moins dès la pose de la prothèse de la hanche gauche en février 2010. En effet, bien que peu parmi les médecins qui se sont exprimés dans le présent dossier se soient prononcés spécifiquement sur la capacité de travail, puisque leurs rapports sont principalement des comptes rendus d'examens ou opératoires, ou encore post-opératoires, il ne ressort pas de ces rapports médicaux, jusqu'à celui du Dr Q._____ d'octobre 2013 (OAIE docs 53, 58), que le recourant aurait pu reprendre une activité lucrative. Par ailleurs, bien qu'il s'agisse principalement de rapports de médecins traitants du recourant, chacun de ces rapports est établi par un spécialiste du domaine médical concerné, se fonde sur des examens approfondis menés par le spécialiste à la recherche d'un traitement pour soulager les douleurs dont se plaint le recourant, tout en tenant compte des investigations menées et des résultats obtenus par d'autres spécialistes, et contient une appréciation médicale claire. Enfin, avant mars 2012, il n'est jamais rapporté d'amélioration, au-delà de quelques heures ou jours, de la symptomatologie douloureuse dont souffre le recourant et qui existait au moment de la pose de la prothèse de la hanche gauche en février 2010, début de l'incapacité totale de travail du recourant fixée par le Dr P._____.

E. 11.2

Ainsi, il résulte tout d'abord du rapport de sortie du 22 février 2010 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que l'intéressé doit poursuivre durant six semaines les traitements recommandés et qu'il ne peut pour l'instant mettre plus de 15 kg sur sa jambe gauche (OAI BE doc 35 p. 4). Six semaines plus tard, le rapport du 25 mars 2010 de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique indique que le recourant a toujours besoin d'une canne pour marcher et un nouveau rendez-vous est fixé six semaines plus tard (OAI BE doc 35 p. 2). Le 6 mai 2010, le Dr J._____ rapporte que son patient décrit à nouveau de fortes douleurs dans la région des adducteurs à gauche, irradiant jusque dans l'abdomen ; la physiothérapie notamment est renforcée (OAI BE doc 39 p. 8). Dans son rapport du 15 mai 2010, le Dr C._____ vient confirmer ces éléments, faisant état en particulier d'une boiterie et de lombalgies, et exposant qu'il s'agit d'une récurrence des douleurs de la fosse iliaque gauche qui affectent le recourant depuis août 2008, causant une incapacité totale de travail depuis cette date (OAIE doc 7 p. 70 à 72). Puis, dans ses rapports du 9 août et 24 septembre 2010, le Dr J._____ retient toujours comme diagnostic la persistance de la symptomatologie douloureuse et

indique que des investigations sont menées notamment au niveau de la colonne vertébrale (OAI BE doc 39 p. 7, doc 42). Entretemps, des examens sont effectués par les gastroentérologues (rapport du 17 août 2010 de la Dresse K. _____ [OAI BE doc 47]), et un rapport du 13 septembre 2010 de la Clinique universitaire de chirurgie viscérale fait état, parmi les diagnostics posés, de celui, nouveau, de forts maux de tête depuis environ 6 à 7 semaines ; ce rapport, comme d'autres, qualifie par ailleurs les douleurs du bas-ventre gauche dont souffre le recourant de chroniques et invalidantes (OAIE doc 18 ; voir également rapport du 29 octobre 2010 de la Policlinique de chirurgie de la colonne vertébrale [OAI BE doc 43 p. 1 et 2]). En raison de la persistance de ces douleurs, le recourant doit subir deux infiltrations dans la région du tendon du muscle psoas gauche les 20 décembre 2010 et 13 janvier 2011 (OAI BE doc 51 p. 8 et 6), infiltrations dont les effets apaisants ne sont que de courte durée (rapports des 23 décembre 2010 et 3 mars 2011 de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital I. _____ [OAI BE doc 51 p. 7 et 3]). Dans son rapport du 7 avril 2011, le Dr J. _____ pose alors les diagnostics d'irritation et de douleur à l'aîne possiblement dues à une irritation du tendon du muscle psoas sur status post prothèse de la hanche gauche (OAI BE doc 50), que reprend le Dr C. _____ dans son rapport intermédiaire du 9 avril 2011, faisant état d'un enclavement du muscle psoas gauche. Dans ce rapport, le Dr C. _____ relève qu'avec les douleurs chroniques dont il souffre, à la hanche gauche et sous forme de céphalées, son patient, à qui il signale avoir prescrit des antidépresseurs, s'épuise et ne peut plus exercer une quelconque activité (OAI BE doc 51 p. 1 et 2). A propos des maux de tête, il convient d'ajouter qu'un neurologue a été consulté, le Dr L. _____, lequel, dans un rapport du 22 janvier 2011, indique que le recourant présente depuis plus de six mois une céphalée quotidienne de traitement difficile, le diagnostic se posant entre une migraine chronique et une céphalée de tension chronique chez un patient souffrant d'une cruralgie chronique gauche assez invalidante (OAI BE doc 51 p. 4 et 5). Par la suite, en juin 2011, un débridement du muscle ilio-psoas gauche est effectué (rapport opératoire du 7 juin 2011 du Dr M. _____ [OAI BE doc 52]) et, dans ce cadre, une incapacité totale de travail est attestée du 5 juin au 20 juillet 2011 (OAIE doc 20). Des rapports des 21 juillet, 22 septembre, 6 octobre et 10 novembre 2011 des Drs M. _____ et J. _____ relèvent toutefois à nouveau la persistance des douleurs, due à une irritation persistante du muscle psoas gauche (OAI BE docs 54 à 57). Le 1er décembre 2011, une nouvelle intervention a lieu dans le but de traiter cette irritation, sous la forme d'une arthroscopie de la hanche gauche et d'une ténotomie du muscle ilio-psoas gauche (rapport opératoire du Dr M. _____ du 1er décembre 2011 [OAI BE doc 58], rapports de sortie des 3 et 4 décembre 2011 [OAIE docs 25 et 26]). Si par la suite, deux rapports des Drs M. _____ et J. _____, des 12 janvier et 15 mars 2012, indiquent une relative amélioration des douleurs, toutefois tempérée dans le rapport du 12 janvier 2012 du Dr M. _____ qui relève que les douleurs au niveau de l'aîne persistent et que l'intéressé n'est toujours pas apte à travailler comme cuisinier (OAI BE doc 67 p. 7 et 8), un rapport du 10 décembre 2012, du Dr M. _____ également, rapporte toujours des douleurs fortes et persistantes, moins au niveau de l'aîne cette fois qu'au niveau du fémur proximal gauche (OAI BE doc 67 p. 5 et 6). Depuis, plus aucun rapport médical n'est versé au dossier avant celui du Dr Q. _____ d'octobre 2013 (OAIE docs 53, 58), qui conclut à une capacité de travail entière, à plein temps, dans l'ancienne activité de cuisinier comme dans une activité adaptée.

E. 12.1

Cela étant, au vu des éléments médicaux qui précèdent, le Tribunal ne partage pas les conclusions du SMR quant à la date à partir de laquelle l'incapacité totale de travail du recourant existe. Il appert en effet que les rapports médicaux au dossier antérieurs à février 2010, date de la pose de la prothèse de la hanche gauche, montrent en particulier la même symptomatologie, à savoir les fortes douleurs abdominales, chroniques et invalidantes, que les rapports, examinés ci-dessus, postérieurs à cette date. Par ailleurs, les médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail dans les rapports précédant février 2010 ont conclu à une incapacité totale du recourant. Il sied de relever encore que la pose de la prothèse de la hanche gauche a été proposée au recourant par ses médecins afin de tenter de traiter les fortes douleurs du bas-ventre dont il souffre et d'améliorer les handicaps générés par ces douleurs qui, à l'évidence, existaient avant février 2010 et la pose de la prothèse, et qui ont persisté ensuite, malgré les traitements.

E. 12.2

Ainsi, dans un rapport du 20 novembre 2009 à propos de la future intervention de prothèse de la hanche (OAI BE doc 39 p. 13), le Dr J. _____ retient, comme le Dr P. _____ par la suite, le diagnostic de coxarthrose bilatérale, avec, à gauche, des lésions importantes du cartilage. Il note en outre qu'il y a peu de réponse aux antidouleurs et que la qualité de vie du recourant est fortement réduite en raison des fortes douleurs. Un peu plus tard, un document du 26 novembre 2009 de la Clinique d'urologie de l'Hôpital I. _____ fait état d'une incapacité de travail de 100% sans durée déterminée, suite à une résection transurétrale de la prostate et une méatotomie effectuée pour soigner un désordre de l'écoulement de la vessie (OAIE doc 12 p. 17 et p. 27). Auparavant, dans un rapport médical du 17 mars 2009 (OAI BE doc 17 p. 1 à 6), le Dr G. _____, gastroentérologue, pose le diagnostic, affectant la capacité de travail, de douleurs récidivantes chroniques de la fosse iliaque gauche, de probable origine pariétale, existant depuis août 2008, et note que les handicaps fonctionnels tiennent à ces douleurs permanentes, avec violentes exacerbations quotidiennes. Indiquant qu'il est trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, car des recherches et tentatives de traitements efficaces sont toujours en cours, il conclut ainsi implicitement, pour l'instant, à une incapacité de travail. Ces éléments et conclusions se trouvent également dans deux rapports du Dr C. _____ des 24 janvier et 7 février 2009 (OAI BE doc 14 et doc 11 p. 1 à 4). Ce médecin y note en particulier le diagnostic de douleurs abdominales fortes chroniques, relève que les handicaps fonctionnels consistent en des crises abdominales douloureuses plusieurs fois par jour et conclut que le recourant est en incapacité de travail à 100% depuis le 14 août 2008, une reprise du travail n'étant pas envisageable en raison des crises douloureuses. Relevons que ces conclusions correspondent à celles du rapport du Dr C. _____ du 15 mai 2010, qui mentionnait une récurrence des douleurs de la fosse iliaque gauche affectant le recourant depuis août 2008 et causant une incapacité totale de travail depuis cette date (OAIE doc 7 p. 70 à 72). Plus tôt, en septembre et octobre 2008, il ressort des rapports du Dr D. _____, chirurgien, du Dr F. _____ et du Dr G. _____, que l'intéressé a séjourné à l'hôpital du 19 au 23 août 2008, puis du 4 au 7 septembre 2008, puis encore du 11 au 12 septembre 2008 pour y subir divers examens en raison des douleurs de la fosse iliaque gauche persistantes, apparues en août 2008. Sont ainsi effectuées une infiltration diagnostique de la hanche gauche le 22 août 2008 et une laparoscopie diagnostique en septembre 2008 ; en outre, une prise en charge des douleurs de la fosse iliaque a lieu du 4 au 7 septembre 2008, et une coloscopie le 21 octobre 2008 (OAI BE doc 11 p. 10 à 29, doc 17 p. 12 à 14).

E. 12.3

En conséquence, sur la base de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que les fortes douleurs abdominales rapportées par les médecins constituent l'atteinte à la santé et le handicap fonctionnel à l'origine de l'incapacité de travail du recourant, et qu'elles sont apparues en août 2008, tout comme l'incapacité de travail d'un degré suffisant à ouvrir le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 LAI. Partant, il y a lieu de considérer que dès le 14 août 2008, et non pas seulement dès février 2010, l'incapacité de travail médicalement justifiée était de 100% dans toute activité, de sorte qu'il doit être reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 14 août 2009, rente qui lui sera versée dès le 1er août 2009 en vertu de l'art. 29 al. 3 LAI (voir supra consid. 7).

E. 13.1

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à l'aune des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 4, 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; RCC 1987 p. 36 ; SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a al. 1RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 13.2

Dans les décisions litigieuses, l'OAIE, se fondant sur le rapport final du 6 janvier 2014 du Dr P. _____ (OAIE doc 64), qui lui-même se base sur le rapport et les conclusions du Dr Q. _____ des 21 et 24 octobre 2013 (OAIE docs 53, 58), a limité le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au 31 décembre 2013. A cet égard non plus, le Tribunal de céans ne peut suivre les conclusions de l'autorité inférieure.

E. 13.2.1

Une nette amélioration des plaintes et des douleurs ressenties par le recourant est certes rapportée pour la première fois dans le rapport du Dr J. _____ du 15 mars 2012 (OAI BE doc 67 p. 7), constituant l'indice d'une évolution de l'état de santé. Toutefois, à partir de cette date, seul un rapport médical, émanant des médecins traitants de l'intéressé, a été versé au dossier, celui du 10 décembre 2012 du Dr M. _____ (OAI BE doc 67 p. 5 et 6), qui, s'il mentionne toujours une amélioration des douleurs au niveau inguinal, indique également la persistance des douleurs du fémur proximal gauche. Le Dr M. _____ note par ailleurs qu'une infiltration du nerf cutané fémoral latéral a eu lieu, qui a grandement soulagé les douleurs ressenties, et qu'un contrôle est prévu à cet égard la semaine suivante, afin de vérifier si la diminution des douleurs a perduré et de décider s'il serait bénéfique d'agir sur le nerf cutané fémoral latéral. Or, aucun document concernant d'éventuels contrôles médicaux ultérieurs ne se trouve au dossier, qui pourrait confirmer ou infirmer l'amélioration constatée par les Drs J. _____ et M. _____. C'est d'ailleurs ce qu'observe le SMR, en juillet 2013 seulement, dans le rapport du Dr P. _____ (OAIE doc 31), qui note l'absence de renseignement sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis mars 2012. Et c'est à juste titre que le médecin du SMR a dès lors requis un nouveau rapport médical à cet égard, lequel n'a toutefois été réalisé qu'en octobre 2013, par le Dr Q. _____.

E. 13.2.2

Dans son rapport du 21 octobre 2013 et ses conclusions du 24 octobre 2013 (OAIE docs 53, 58), le Dr Q. _____ pose les diagnostics d'hypertension artérielle, de dépression contrôlée, de céphalées chroniques, d'obésité, de chondrocalcinose, de diverticulose colique, de gastroduodénite, de hernie hiatale, d'oesophagite de reflux, de coxarthrose droite, d'altérations dégénératives osseuses, d'hypercholestérolémie et d'hypertriglycéridémie (voir également les résultats de divers examens [OAIE docs 54 à 57]). Il rapporte ensuite que selon le patient, sa symptomatologie douloureuse se serait grandement améliorée en raison du climat, et note que l'intéressé donne l'impression d'un comportement psychosomatique. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr Q. _____ indique que l'intéressé se plaint de douleurs à la jambe gauche à la marche. Le médecin fait encore le constat d'un état sans changement depuis le dernier examen. Il estime enfin que l'intéressé peut effectuer de manière régulière des travaux légers, respectant les limitations fonctionnelles qu'il décrit. Sur cette base, le Dr Q. _____ conclut à une capacité de travail entière, à plein temps, dans l'ancienne activité de cuisinier comme dans une activité adaptée. Dans des conclusions du 24 octobre 2013 (OAIE doc 58), le Dr Q. _____ relève encore, notamment, que les conditions générales du recourant sont acceptables et qu'il ne présente pas de grande incapacité pour le moment, qu'il peut se mouvoir sans grand problème, mais qu'il souffre de multiples pathologies à surveiller, dont la cause serait principalement l'obésité ; il mentionne par ailleurs que dans le futur, l'état de la hanche droite exigera également la pose d'une prothèse. Le Dr Q. _____ note encore que le recourant prend des antidépresseurs et gère ainsi sa condition, laquelle devrait être évaluée et suivie par un spécialiste.

E. 13.2.3

Le rapport du Dr Q. _____ satisfait à certaines des exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, en ce que, bien que de manière succincte, il tient compte des plaintes du recourant (p. 2), contient un historique médical (p. 2) et se fonde sur un examen clinique et divers autres examens (p. 3 à 7) ; par ailleurs, il décrit des limitations fonctionnelles et rend des conclusions sur la capacité de travail du

recourant (p. 9 à 11). Il s'avère toutefois que celles-ci ne sont pas convaincantes, en l'absence en particulier d'une motivation expliquant pourquoi notamment une telle capacité de travail serait maintenant exigible. Dans un premier temps, il ressort de ce rapport que les diagnostics posés par le Dr Q. _____ sont identiques à ceux retenus précédemment par les spécialistes pour la période durant laquelle une totale incapacité de travail a été reconnue par le SMR. Le Dr Q. _____ note même quelques nouvelles atteintes, comme la hernie hiatale, la chondrocalcinose, la gastroduodénite, l'hypercholestérolémie et l'hypertriglycéridémie, ou encore la coxarthrose droite, à propos de laquelle il précise dans ses conclusions du 24 octobre 2013 que la pose d'une prothèse sera nécessaire dans le futur (p. 9 et OAIE doc 58). Le Dr Q. _____ relève d'ailleurs lui-même que comparé à la situation antérieure, l'état est sans changement (p. 9). Au niveau des constats médicaux, il apparaît donc que la seule amélioration potentielle que l'on pourrait retenir se fonde sur les dires du recourant, lequel aurait indiqué au Dr Q. _____ que sa symptomatologie douloureuse s'est grandement améliorée (p. 9), bien que les douleurs à la jambe gauche, notamment à la marche, et les céphalées chroniques soient toujours les plaintes principales de l'intéressé, rapportées par le médecin mexicain (p. 2 et 6). Le Tribunal est dès lors d'avis que le rapport du Dr Q. _____, s'il constitue lui aussi l'indice d'une amélioration de l'état de santé du recourant, ne suffit pas cependant à l'établir, ni, surtout, à établir que cette amélioration est notable et durable. Il est vrai, dans un second temps, que selon la jurisprudence, une rente peut être révisée aussi lorsque l'état de santé est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Pourtant, à cet égard non plus, en l'absence de motivation, on ne peut comprendre, à la lecture du rapport du Dr Q. _____, les raisons pour lesquelles le recourant serait maintenant capable d'exercer à plein temps toute activité respectant des limitations fonctionnelles, y compris son activité antérieure, alors que son état de santé n'aurait pas changé. En particulier, les conclusions du Dr Q. _____ ne s'avèrent pas cohérentes lorsque, tout en concluant à une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité de cuisinier, il indique qu'il est exigible de l'intéressé qu'il exerce des travaux légers évitant l'exposition au froid, au bruit, au gaz, à la vapeur et aux émanations, les flexions répétitives, le port de charges, les rampes, escaliers et échelles, et permettant l'alternance des positions assises/debout et la marche, ce à quoi correspond peu l'activité de cuisinier.

E. 13.2.4

Le rapport final SMR du 6 janvier 2014 (OAIE doc 64), fondé en particulier sur le rapport du Dr Q. _____, ne convainc pas plus. Le Dr P. _____ y conclut que l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle dès le 1er février 2010, mais qu'il existe une pleine capacité de travail dès le 1er octobre 2013 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qu'il énumère, soit une activité en position assise, n'exigeant pas un port de charges supérieures à 15 kg, ni de travaux lourds, ni l'usage d'échelle, d'échafaudage ou d'escalier, la marche étant limitée, uniquement à plat et sur terrain régulier. D'emblée, on constate que les conclusions du Dr P. _____ sur la capacité de travail résiduelle du recourant et les limitations fonctionnelles qu'il décrit s'écartent de celles du Dr Q. _____ sans que le Dr P. _____ donne les raisons de ces différences. Pour justifier l'amélioration à laquelle il conclut, le médecin du SMR explique que dès mars 2012, les douleurs de la hanche gauche diminuent et qu'en décembre 2012, une radiographie montre que la prothèse de cette hanche est en place. Il fait là référence au rapport précité du 10 décembre 2012 du Dr M. _____, qui certes mentionne la prothèse correctement implantée, mais fait surtout état de fortes douleurs persistantes au niveau du fémur proximal

gauche, qu'il retient comme diagnostic principal et dont le Dr P. _____ omet de parler. Ce dernier expose encore qu'en octobre 2013, la dépression est asymptomatique avec un traitement, ce qui permet une pleine capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée aux troubles orthopédiques. Cette remarque laisse penser que la capacité de travail se serait améliorée en octobre 2013 en raison d'une amélioration des troubles dépressifs. Or, d'une part, les rapports médicaux au dossier faisant référence à un état dépressif le placent toujours parmi les diagnostics secondaires, et non parmi les diagnostics principaux (OAI BE doc 35 p. 3, docs 54 à 57, doc 67 p. 5 à 8 ; OAIE doc 26). En outre, le Dr C. _____, par ailleurs généraliste, ne le retient pas du tout comme diagnostic, ni dans son rapport du 15 mai 2010 (OAIE doc 7 p. 70 à 72), ni dans celui du 9 avril 2011 (OAI BE doc 51 p. 1 et 2), dans lequel il indique néanmoins, toutefois sans plus de précisions, que le recourant présente des restrictions également d'ordre psychique. Il convient de relever encore que dans son avis SMR du 11 juillet 2013 (OAIE doc 31), le Dr P. _____ n'a pas non plus retenu de troubles psychiques parmi les diagnostics, avec ou sans répercussions sur la capacité de travail, et qu'aucun psychiatre ne s'est exprimé dans cette affaire. On ne saurait dès lors affirmer en l'état du dossier que les troubles psychiques rapportés ont un caractère invalidant. D'autre part, on ne saurait déduire des remarques du Dr Q. _____ dans son rapport d'octobre 2013 une amélioration des troubles dépressifs : certes, le Dr Q. _____ n'observe aucune donnée dépressive, ni idée suicidaire, mais il relève tout de même que le recourant prend des antidépresseurs depuis 10 ans, gérant ainsi sa condition, et qu'il devrait être évalué et suivi par un spécialiste (OAIE doc 58).

E. 13.2.5

Dès lors, le Tribunal de céans constate que si les documents médicaux au dossier suggèrent une possible amélioration de l'état de santé et/ou de la capacité de travail à partir de mars 2012, ils ne permettent toutefois pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un tel changement a véritablement eu lieu et qu'une activité professionnelle adaptée est devenue exigible à 100%. L'autorité inférieure ne pouvait donc se baser sur les pièces au dossier et sur les appréciations de son service médical pour justifier, dans les décisions dont est recours, ni le droit à une rente entière au-delà du mois de mars 2012, ni la suppression, au 31 décembre 2013, de la rente d'invalidité octroyée au recourant, et aurait dû procéder à une instruction supplémentaire avant de statuer. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, lorsque l'administration doit se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle doit appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettent de confirmer que l'appréciation des preuves a été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

E. 13.3

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (art. 61 al. 1 PA). Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007

du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références ; Michel Valterio, op. cit., n. m. 2870). Partant, en application de l'art. 61 al. 1 PA, et en accord avec la jurisprudence en la matière vu l'importance des lacunes constatées, en particulier dans le suivi de la symptomatique douloureuse et concernant les aspects psychique et psychosomatique (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie de renvoyer la cause à l'OAIE afin qu'il clarifie l'état de santé du recourant et ses conséquences sur la capacité de travail à partir du mois de mars 2012. Dans ce cadre, il s'agira pour l'OAIE d'actualiser le dossier médical de l'intéressé en s'adressant aux médecins traitants du recourant et en particulier aux médecins de l'Hôpital I. _____, pour obtenir des rapports médicaux sur la situation à partir de mars 2012 et savoir en particulier si la recherche de l'origine des douleurs ressenties par l'intéressé a été poursuivie, notamment à l'Hôpital I. _____, au-delà de décembre 2012 ; l'autorité inférieure interrogera également les médecins sur les troubles psychologiques existants et les composantes psychosomatiques du cas. L'OAIE soumettra ensuite le recourant à une expertise pluridisciplinaire en Suisse, dont la tâche sera de déterminer et de clarifier l'état de santé de l'intéressé, les limitations fonctionnelles liées à cet état de santé et la capacité de travail résiduelle, depuis mars 2012 jusqu'à la date de l'expertise. Enfin, une nouvelle décision sera prise. Les médecins et experts invités à s'exprimer dans le cadre de l'instruction complémentaire du dossier tiendront également compte des éléments médicaux révélés en procédure de recours. En effet, le recourant a transmis au Tribunal, par écritures du 28 décembre 2015, puis du 10 janvier 2017 (TAF pces 21, 27), de nouveaux documents médicaux datant de novembre et décembre 2015, et de 2016. Ces documents font état d'un carcinome papillaire de la thyroïde, des traitements effectués dans ce cadre durant l'année 2016, dont une thyroïdectomie totale en janvier 2016, et d'un angor, sans signe d'ischémie radiologique, sans trouble du rythme cardiaque et sans insuffisance à l'ultrasonographie. Dans deux rapports, du 22 janvier 2016 (TAF pce 24), puis du 23 février 2017 (TAF pce 30), le Dr P. _____ a conclu à cet égard à une aggravation de l'état de santé du recourant, entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité du 1er novembre 2015 à août 2016. Or, le Tribunal de céans ne peut examiner cette documentation médicale dans le cadre de la présente affaire. Car, ainsi que l'a relevé l'autorité inférieure dans ses déterminations des 29 janvier 2016 et 3 mars 2017 (TAF pces 24, 30), le Tribunal ne peut en principe, lorsqu'il détermine le droit aux prestations, prendre en considération 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), ce qui n'est pas le cas en l'espèce, les rapports médicaux de 2015 et 2016 faisant état de nouvelles atteintes à la santé. Par contre, l'examen complémentaire auquel doit procéder l'administration s'étend jusqu'à la nouvelle décision que rendra l'autorité inférieure et concerne donc également ces faits, survenus postérieurement aux décisions litigieuses (ATF 117 V 287 consid. 4).

E. 14

Au vu de tout ce qui précède, le recours est admis et les décisions de l'OAIE du 23 mai 2014 sont réformées, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, correspondant à un taux d'invalidité de 100%, du 1er août 2009 au 30 juin 2012. En effet, si l'instruction complémentaire menée par l'autorité inférieure devait établir que la situation du recourant s'est améliorée depuis mars 2012, alors, en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, ce changement n'aurait d'effet sur le droit à la rente d'invalidité (réduction ou suppression du droit à la rente) que trois mois après l'amélioration constatée (voir supra consid. 13.1).

L'OAIE calculera la rente due et déterminera les prestations arriérées ainsi que les intérêts moratoires dus au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA, et procèdera à leur versement. Il rendra une décision à cet égard. Par ailleurs, la cause est renvoyée à l'OAIE afin qu'il procède au complément d'instruction requis dès mars 2012 (voir supra consid. 13.3). Il rendra également une décision à cet égard.

E. 15

Vu l'issue du litige et la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), selon laquelle la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de Fr. 400.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Par ailleurs, 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 toutefois, le recourant n'ayant pas été représenté par un avocat ou un mandataire professionnel, il n'est pas alloué de dépens (art. 8 FITAF).

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