

BVGer C-4173/2017 vom 27. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4173_2017

FR: TAF C-4173/2017 du 27 avril 2020

IT: TAF C-4173/2017 del 27 aprile 2020

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021 ; art. 37 loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF; RS 173.32]), 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 s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.3

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b fr la loi sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance de frais ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

E. 2

Dans le cadre de l'examen de la régularité formelle de l'acte attaqué, le Tribunal administratif fédéral vérifie librement si les conditions de recevabilité étaient réunies devant l'instance précédente et si, partant, c'est à bon droit que celle-ci est entrée en matière (ATF 140 V 22 consid. 4 p. 26 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une décision d'un office AI incompétent à raison du lieu, la juridiction de recours peut par économie de procédure renoncer à annuler le prononcé attaqué et à renvoyer l'affaire à l'office compétent, à la condition que l'incompétence de l'autorité précédente n'ait pas été soulevée et que la contestation soit en état d'être jugée (TF 9C_891/2010 du 31 décembre 2010, consid. 2.2 ; I 320/04 du 17 janvier 2005 consid. 1 ; TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 5 ; s'agissant de l'autorité à laquelle la cause doit être renvoyée, cf. également : TF 2C_722/2012 du 27 mai 2013, consid. 2.3).

E. 2.1

Est compétent, en règle générale, l'office AI du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations ; le Conseil fédéral règle la compétence dans des cas spéciaux (art. 55 al. 1 LAI). Selon l'art. 40 al. 1 RAI, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger est compétent pour examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger (let. b) ; toutefois, lorsque l'assuré domicilié à l'étranger a sa résidence habituelle en Suisse, l'office AI compétent pour enregistrer et examiner sa demande est celui dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle (al. 2bis 1ère phrase) ; en outre, si un assuré domicilié à l'étranger prend, en cours de procédure, sa résidence habituelle ou son domicile en Suisse, la compétence passe à l'office AI dans le secteur duquel l'assuré a sa résidence habituelle ou son domicile (al. 2ter).

E. 2.2

En l'espèce, au moment de la notification de la décision attaquée, le recourant était titulaire d'une autorisation de séjour de courte durée pour ressortissants de l'Union européenne (permis L) valable depuis son arrivée dans le canton H._____ le 18 juillet 2016 et délivrée jusqu'au 16 juillet 2017 (OAIE pce 71). Selon une procuration dressée en faveur de son mandataire, il continuait en février 2018 à disposer d'une adresse valaisanne (TAF pce 10). Il apparaît ainsi qu'au moment déterminant, le recourant avait à tout le moins une résidence en Suisse (art. 13 al. 2 LPGA), de sorte que l'OAIE n'aurait pas dû se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité. L'exception d'incompétence formelle du Tribunal saisi n'ayant pas été soulevée par les parties, l'entrée en matière suppose partant que la cause soit en l'état d'être jugée. S'agissant là de résoudre une question qui se recoupe avec le fond du litige, cette problématique sera traitée dans les considérants ci-après (arrêt C-5112/2015 du Tribunal administratif fédéral du 7 mars 2018 et C-3841/2015 du 8 janvier 2019).

E. 3

Au plan formel, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu en tant que l'autorité inférieure n'a pas donné suite à ses demandes de preuve tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale. Une telle critique n'a toutefois pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428 ; arrêt du TF 9C_287/2017 du 22 août 2017 consid. 4). Comme l'explique d'ailleurs le recourant, l'autorité peut en effet renoncer à accomplir des actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, si elle est convaincue, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (voir ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général: ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Le grief tiré de la violation du droit à la preuve sera par conséquent examiné ci-après. Par ailleurs, le recourant reproche à l'autorité précédente d'avoir enfreint son devoir de motivation. Quoiqu'il en dise toutefois, il faut bien constater que la motivation exposée à la base de la décision entreprise - soit celle développée par l'Office AI du canton H._____ (OAIE pce 74 p. 3 à 11) - respecte les réquisits en la matière. En particulier, les motifs qui ont guidé l'autorité précédente et sur lesquels elle a fondé sa décision en ressortent sans équivoque. Ainsi, c'est en parfaite connaissance de cause que l'assuré a pu contester la décision attaquée, si bien que son grief tiré du défaut de motivation doit être écarté (ATF 134 I 83 consid. 4 ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 2).

E. 4.1

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant, ressortissant portugais, a non seulement travaillé en Suisse, mais également en Espagne et au Portugal (AI pce 47). Est dès lors applicable 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). Depuis le 1er avril 2012, l'ALCP fait référence 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). Cela étant, 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 ; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

E. 4.2

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 28 juin 2017. Par ailleurs, le juge 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, soit le 28 juin 2017 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit).

E. 5

La contestation s'inscrit en l'espèce dans le double contexte du droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite du dépôt par celui-ci d'une nouvelle demande de prestations (cf. art. 17 al. 1 LPGA applicable par analogie selon l'art. 87 al. 3 RAI; voir aussi ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3.2) et de l'octroi d'une rente limitée dans le temps (cf. également art. 17 al. 1 LPGA; entre autres : TF 9C_704/2016 du 28 décembre 2016 consid. 2.2 et les références). Défini pas les conclusions du recourant, le litige porte quant à lui exclusivement sur le maintien au-delà du 30 avril 2017 de la rente entière accordée depuis le 1er mai 2015. Le droit à la rente pour la période précédente n'est en effet pas contesté par les parties (en ce sens, cf. notamment TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3 et 9C_763/2017 du 8 mai 2018 consid. 2; voir également ATF 125 V 413 consid. 2).

E. 6.1

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

E. 6.2

Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que dans la mesure où l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier, par analogie avec l'art. 17 LPGA, que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1).

E. 6.3

En vertu de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse et les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108).

E. 6.4

Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). En matière de révision, il revient en particulier au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écarté (TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2).

E. 6.5

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicaux. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut 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 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

E. 6.6

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité 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, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse

des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

E. 6.7

Par ailleurs, le tribunal 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 (Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

E. 7

En l'occurrence, contestant la suppression de la prestation litigieuse dès le 1er mai 2017, le recourant reproche essentiellement à l'autorité inférieure d'avoir apprécié les faits de façon erronée. A ses yeux, les conclusions du Dr G._____ du 6 mars 2017 - reprises à la base de la décision attaquée - ne permettent en effet pas une évaluation fiable des circonstances médicales pertinentes, dans la mesure en particulier où elles ignorent que sa capacité de travail n'a cessé de se détériorer depuis l'accident de 2011, au point qu'il n'est aujourd'hui plus en mesure de travailler, quelle que soit l'activité professionnelle envisagée.

E. 7.1

On doit donner partiellement raison au recourant. Comme il l'explique, la décision attaquée repose en effet essentiellement sur des rapports de médecins rattachés à une assurance, soit en particulier celui fourni le 6 mars 2017 par le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA (AI pce 178). Dans ces circonstances, l'appréciation des preuves est de jurisprudence soumise à des exigences sévères, une instruction complémentaire étant requise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. également : ATF 137 V 210 et 125 V 351). Cela étant, on ne voit en l'occurrence pas que l'appréciation du Dr G._____ soit de nature à établir, sans que ne subsiste aucun doute, l'état de fait médical au cas d'espèce pertinent. En effet, ce médecin a fourni son avis dans le contexte de la procédure pendante en matière d'assurance-accidents. Comme cela ressort de son rapport médical final du 6 mars 2017, il s'est ainsi avant tout concentré sur les atteintes de l'assuré relevant de la responsabilité de la CNA, soit celles se présentant en relation de causalité avec l'accident du 20 juin 2011. Qualifiés comme étant des « cas non Suva », les diagnostics d'ostéoporose, de carence en vitamine B, d'atteinte axonmyélinique du nerf sural gauche et de polyneuropathie débutante aux quatre membres n'ont en revanche pas été pris en considération lors de l'évaluation des limitations fonctionnelles de l'assuré (AI pce 178 p. 12). Or, si elles ne semblent certes pas se placer au premier plan des troubles affectant le recourant (cf. rapport de la Clinique [...] du 12 juillet 2016, AI pce 174, p. 7), ces atteintes n'en demeurent pas moins de nature à entraîner des répercussions sur la capacité de travail de celui-ci. Faute de disposer d'un avis médical sur ce point, une telle incidence ne saurait à tout le moins être exclue en l'état. En présence ainsi d'un doute quant à l'exhaustivité des conclusions du médecin d'arrondissement, l'autorité inférieure ne pouvait valablement les retenir à la base de la décision attaquée. Il y a d'autant moins de raison de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr G._____ que

certaines des affections dont souffre l'assuré - soit notamment celles de nature neurologique - dépassent son domaine de spécialisation. Quant aux autres pièces médicales au dossier, elles ne respectent pas non plus les réquisits jurisprudentiels en la matière et ne suffisent ainsi pas à suppléer aux lacunes entachant le rapport susmentionné du Dr G. _____. En particulier, les conclusions du rapport de la Clinique (...) du 12 juillet 2016 peinent à convaincre dans la mesure où elles sont intervenues avant que la stabilisation de l'état de santé de l'assuré ne soit acquise (AI pce 174). Dans sa prise de position du 10 janvier 2017, le Dr E. _____ conclut certes que la situation médicale est désormais stabilisée (AI pce 177). Pour autant, il ne réévalue pas de façon circonstanciée la capacité de travail médico-théorique de l'assurée, mais se borne à renvoyer aux développements des spécialistes de la Clinique (...). Or, pour formuler leurs conclusions du 12 juillet 2016, les Drs E. _____ et F. _____ semblaient compter sur une désensibilisation des douleurs neuropathiques qui n'a toutefois pas pu être observée. Il est vrai par ailleurs que les Dr B. _____, C. _____ et D. _____ ne reconnaissent pas expressément une incapacité de travail à l'assuré. On ne saurait pour autant rien déduire de cette circonstance, dès lors que ces médecins n'ont pas été interpellés, respectivement ne se sont pas prononcés sur la capacité médico-théorique de l'assuré au moment déterminant pour trancher le droit aux prestations litigieuses (AI pces 170 et 171). Vu ce qui précède, même si les diagnostics somatiques n'apparaissent pas litigieux, leur répercussion sur la capacité de travail n'est pas établie à suffisance. Il s'ajoute à cela que l'instruction mise en oeuvre au plan médical n'aborde d'aucune manière la capacité de travail de l'assuré au regard de son état de santé psychique. Or, dans leur rapport du 10 septembre 2015, les Drs C. _____ et D. _____ ont observé chez l'assuré une symptomatologie « [dépassant] le cadre mécanique », évoquant par là une éventuelle composante psychique aux douleurs de l'assuré (AI pce 171). De là, quand bien la mise en oeuvre d'une procédure de preuve structurée au sens de l'ATF 141 V 281 peut apparaître prématurée à ce stade (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et réf. cit.), la capacité résiduelle de travail de l'assuré ne saurait être établie sans solliciter au préalable l'avis d'un médecin psychiatre.

E. 7.2

Dans ces conditions, on doit exclure que la cause soit en l'état d'être jugée, le dossier ne permettant pas de statuer sur les prestations litigieuses. La décision attaquée doit donc être annulée en raison de l'incompétence territoriale de l'autorité qui l'a rendue, une des conditions jurisprudentielles permettant d'examiner le bien-fondé matériel de la décision attaquée en dépit de son irrégularité formelle n'étant pas réalisée (cf. supra : consid. 2.2).

E. 8

Partant, le recours est partiellement admis, la décision attaquée étant confirmée en ce qu'elle alloue une rente entière d'invalidité du 1er mai 2015 au 30 avril 2017 (consid. 5 ci-avant) et annulée en tant qu'elle supprime le droit de l'assuré à une rente dès le 1er mai 2017. Conformément à la casuistique en la matière, la cause est directement renvoyée à l'Office AI du canton H. _____ pour qu'il rende, en tant qu'autorité compétente (art. 40 RAI), une décision au fond sur le droit du recourant aux prestations litigieuses (consid. 2 ci-avant).

E. 9

Le recourant ayant obtenu gain de cause, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant (TAF pces 19 ss) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Par ailleurs, aucun frais n'est mis à la

charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 PA). Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit par ailleurs à une indemnité de dépens, fixée à Fr. 2'800.- vu l'ampleur et la difficulté du dossier (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), (le dispositif se trouve sur la page suivante).

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