

BVGer C-4206/2016 vom 17. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4206_2016

FR: TAF C-4206/2016 du 17 mars 2017

IT: TAF C-4206/2016 del 17 marzo 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le TAF connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions de l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA).

E. 1.5

En vertu de l'art. 63 al. 4 PA selon lequel le Tribunal perçoit du recourant une avance de frais équivalant aux frais de procédure présumés, le Tribunal a demandé au recourant par ordonnances des 27 juillet et 23 août 2016 le versement total d'une avance de frais de 800 francs. Il a par ailleurs spécifié que d'éventuels frais de transfert de la banque ou de la poste était à la charge du recourant (TAF pces 5 et 8). Selon l'art. 21 al. 3 PA, le délai pour le versement d'avances est observé si, avant son échéance, la somme due est versée à La Poste Suisse ou débitée en Suisse d'un compte postal ou bancaire en faveur de l'autorité. En l'espèce, le 9 août 2016, le montant de 788 francs a été crédité sur le compte du Tribunal et le 24 août 2016, le montant de 14 francs (TAF pces 7 et 10). Il appert des attestations bancaires transmises par l'assuré (TAF pce 13 annexes 4 et 5) que la banque a débité de son compte le 5 août 2016 le montant total de 777.77 euros, dont 37.30 euros pour des frais et commissions bancaires, et le 22 août 2016 le montant total de 65.83 euros, dont 52.90 euros

pour les frais et commissions. Avec le deuxième versement, le recourant a également pris en charge les frais de la banque de destination (despesa no destino ao ordenador ; TAF pce 13 annexe 5) - en l'espèce il s'agit d'UBS à Zurich - ce qui n'a pas été le cas avec son premier versement. Pour cette raison, le versement initial a été insuffisant, l'UBS ayant déduit de ce montant ses frais et commissions (cf. aussi les explications obtenues de la part de la Poste le 16 février 2017 [TAF pce 29]). Cela étant, le TAF a remarqué par ordonnance du 16 septembre 2016 déjà (TAF pce 14) que le recourant a versé dans les délais impartis un montant total de 802 francs (788 francs + 14 francs). Ainsi, il s'est correctement acquitté de l'avance de frais de procédure présumés de 800 francs.

E. 1.6

En conséquence, le recours est recevable et le TAF entre en matière sur le fond.

E. 2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement ; l'on parle de maxime inquisitoire (cf. art. 12 PA). En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3ème édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Cependant, 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; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont en principe déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur entre le 20 avril 2015 (dépôt de la demande de prestations [AI pces 1, 3 et 7]) et le 14 juin 2016, date de la décision attaquée (AI pce 137) qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

E. 3.2.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier, le recourant, ressortissant portugais, ayant été assuré au Portugal (AI pce 93), en France, au Luxembourg (AI pce 8) et en Suisse (AI pce 138). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination

des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, mis à jour par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre et en vigueur pour la Suisse depuis le 1er janvier 2015 (RS 0.831.109.268.11; RO 2015 345 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

E. 3.2.2

Au sens de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 3.2.3

Dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1). L'OAIE explique à juste titre que la Suisse n'a pas signé une concordance des conditions relatives au degré d'invalidité avec les Etats membres de la communauté européenne en vertu de l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 et son annexe VII (une telle concordance existe dans une certaine mesure entre la Belgique, la France et l'Italie). Dès lors, l'OAIE n'est pas lié par les décisions prises par les sécurités sociales françaises, portugaises et luxembourgeoises.

E. 3.2.4

Enfin, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque la personne assurée a exercé son droit à la libre circulation en partie avant l'entrée en vigueur de l'ALCP - dans le cas concret, l'assuré a cotisé en Suisse entre juin 2000 et février 2002 (AI pce 138) - les conventions bilatérales de sécurité sociale plus favorables continuent à s'appliquer (ATF 133 V 329 consid. 5 ss; cf. art. 20 ALCP et art. 6 du règlement n° 1408/71, respectivement art. 8 al. 1 du règlement n° 833/2004 qui tient compte de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne [Heinz-Dietrich Steinmeyer, *Europäisches Sozialrecht*, 6ème édition 2012, art. 8 ch. 5] à la base des considérants du Tribunal fédéral dans l'ATF 133 V 329 consid. 5 ss cités). Cela étant, le TAF constate que la Convention de sécurité sociale conclue le 11 septembre 1975 entre la Suisse et le Portugal (ci-après : Convention; entrée en vigueur le 1er mars 1977; RS 0.831.109.654.1) stipule comme principe l'égalité de traitement des ressortissants suisses et portugais dans le sens que ceux-ci sont soumis aux mêmes obligations et admis aux mêmes bénéfices que les ressortissants de l'autre partie contractante. Dès lors, déjà sous l'ordre de cette convention, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 2 al. 1 et art. 11 à 14 de la convention; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 4

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'assuré a droit à une rente d'invalidité suisse, l'OAIE a rejeté sa demande de prestations par la décision attaquée.

E. 5

Pour avoir droit à une rente d'invalidité, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA et art. 4 et 28 LAI) et - compter trois années de cotisation (art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). En l'occurrence, l'assuré remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse pendant 18 mois (AI pce 138) et présentant, de plus, plusieurs années de périodes d'assurances au Portugal, en France et au Luxembourg (AI pces 8 et 93). Il reste à examiner si le recourant est invalide au sens de la loi suisse.

E. 6.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins.

E. 6.2

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). En Suisse, la notion d'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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 la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

E. 6.3

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité. Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 126 V 75 consid.

3b/aa et bb).

E. 6.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à compter de l'entrée en vigueur du règlement n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. et art. 4, 7 et 21 du règlement n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 6.5

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 la. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En l'espèce, l'assuré ayant déposé sa demande de prestations le 20 avril 2015 (AI pces 1, 3 et 7), une éventuelle rente d'invalidité peut être versée au plus tôt à compter du 1er octobre 2015.

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, conformément à l'art. 69 al. 2 RAI, si les conditions d'assurance sont remplies, comme en l'occurrence (cf. consid. 5 ci-dessus), l'Office AI réunit les autres pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.2 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. 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 assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7.2

Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches. Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

E. 7.3

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références).

E. 8.1

Dans le cas concret, il ressort du dossier que l'assuré souffre de plusieurs atteintes à la santé. L'assuré présente un syndrome douloureux lomboradiculaire avec altération dégénérative (cf. prise de position médicale du 23 mars 2016 du Dr S. _____ [AI pce 84]) ; le Dr T. _____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique, a notamment noté des hernies lombaires sur trois étages, traitées médicalement (certificat du 24 février 2016 [AI pce 78]) et la Dresse R. _____ une dorsalgie (rapport E 213 du 4 août 2015 [AI pce 9]) ainsi qu'une cervicalgie (rapport E 213 du 22 octobre 2015 signé par le Dr U. _____ [AI pce 87]). S'agissant des lombalgies, le Dr P. _____ a rapporté les 15 janvier et 13 février 2014 que l'assuré se plaint depuis de nombreuses années de lombalgies associées à des cruralgies et sciatiques gauches récidivantes et que l'IRM dorso-lombaire a mis en évidence une sténose foraminale L4-L5 gauche et une protrusion discale L5-S1 gauche (AI pces 46 et 49 ; cf. aussi le résultat de l'examen du 29 novembre 2011, signé du Dr K. _____ [AI pce 29]) ; quant aux cervicalgies cf. les résultats des examens radiologiques des 27 mai et 24 juin 2010 [AI pces 19 et 20]). L'assuré souffre également d'une gonarthrose bilatérale (AI pce 84) avec au niveau du genou droit un status après arthroscopie du genou et ablation de corps étrangers en 2009 (AI pces 86, cf. aussi AI pces 16 et 103 p. 1) et ostéotomie tibiale de valgisation en 2014 (AI pce 78 ; cf. aussi AI pces 50 à 52) et au niveau du genou gauche un status après une arthroscopie de ménisectomie en 2013 et ostéotomie tibiale de valgisation en 2015 (année corrigée ; AI pces 78 et 84 ; cf. aussi AI pces 58 et 59). D'après le résultat de la radiographie des genoux du 9 septembre 2016, signé par le Dr I. _____, il existe notamment des séquelles de valgisation avec matériel orthopédique normalement en place et une bonne conservation des espaces articulaires dans les différents secteurs (TAF pce 18 annexe 4). L'assuré a également été opéré en 2011 et 2012 (AI pce 86) pour une hernie inguinale bilatérale (AI pces 78 et 84). En outre, il présente une surdité bilatérale appareillée depuis septembre 2013 (AI pces 9, 86 et 87) ainsi qu'une hypertension artérielle traitée (AI pces 9, 84, 86 et 87). Enfin, la Dresse R. _____ a rapporté dans son rapport du 22 octobre 2015 également un accident de travail du 14 juin 2010 avec chute sur l'épaule gauche ayant entraîné une impotence fonctionnelle (AI pce 87 p. 2).

E. 8.2

Sur la base du dossier médical constitué, le Dr S. _____ de l'OAIE a conclu dans son rapport final du 8 avril 2016 que l'assuré présente dans son ancienne activité, aussi pour les travaux légers du bâtiment, à partir du 29 novembre 2011 (voir le résultat du scanner lombo-sacré signé du Dr K. _____ [AI pce 29]) - une incapacité de travail de 80% et à partir du 7 mars 2016 (voir le dernier rapport médical de la Dresse R. _____ [AI pce 86]) - une incapacité de travail totale en raison de ses atteintes aux membres inférieurs, l'empêchant de marcher plus de 25 minutes. Toutefois, dans une activité adaptée,

n'impliquant pas une position de travail debout, le port de charge supérieur à 5 kg, la marche et l'exposition au froid et à l'humidité, l'assuré peut encore, selon le Dr S. _____, exercer une activité à 80% à compter du 29 novembre 2011. Comme activités de substitution le Dr S. _____ a retenu des activités en tant que surveillant de parking/musée, de vente par correspondance, de vendeur de billets, d'accueil/réceptionniste, de standard/téléphoniste, des saisies de données/scannage (AI pce 89).

E. 9.1

Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 2 ci-dessus), doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a).

E. 9.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

E. 9.2.1

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

E. 9.2.2

Il n'est pas interdit aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR (cf. consid. 7.2 ci-dessus) mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Ces rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation médicale sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas retenues (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s., 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). La valeur probante de ces rapports présuppose également que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, n° 2920 p. 799).

E. 9.3

L'OAIE fait valoir que le dossier médical est bien fourni et que son service médical a été en mesure de se déterminer valablement sur les incapacités de travail de l'assuré. S'il est vrai que le dossier médical est volumineux notamment en raison de nombreux résultats des examens d'imageries médicales produits par l'assuré, le TAF constate toutefois que le dossier ne contient pas de rapports médicaux remplissant les exigences jurisprudentielles mentionnées. En effet, l'assuré souffre principalement d'atteintes orthopédiques raison pour laquelle le Dr S. _____ a à juste titre demandé un rapport faisant état de l'anamnèse, des plaintes de l'assuré, des interventions chirurgicales effectuées ainsi que d'un status orthopédique actuel (AI pce 67). Or le rapport du 24 février 2016 établi par le Dr T. _____ (AI pce 78), spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie est très lacunaire, il se limite à une page à peine. En outre, les observations de cet expert sont en contradiction avec le reste du dossier lorsqu'il indique notamment que l'assuré se plaint principalement de ses atteintes aux genoux alors qu'il souffre également de lombalgies ou lorsqu'il note qu'il n'existe au niveau du rachis aucun trouble neurologique associé ou radiculalgie alors que le Dr P. _____ avait retenu le 13 février 2014 que l'IRM dorso-lombaire a mis en évidence une sténose foraminale L4-L5 gauche et une protrusion discale L5-S1 gauche qui pourrait expliquer les épisodes de radiculalgie (AI pce 49). Le rapport orthopédique du Dr T. _____ ne bénéficie donc d'aucune valeur probante. Quant aux deux premiers rapports E213 de la Dresse R. _____ des 4 août et 22 octobre 2015 (AI pces 9 et 87), le TAF constate qu'ils sont également trop succincts dans leurs observations et ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles. Le rapport E213 du 7 mars 2016 est plus informatif (AI pce 86), énumérant les antécédents médicaux, les principales plaintes de l'assuré, le traitement en cours et les observations de l'examen clinique effectué par la Dresse R. _____. Pourtant, ce rapport médical ne peut pas remplacer un rapport orthopédique établi en bonne et due forme. Non seulement le rapport de la Dresse R. _____ est très abrégé mais encore il comporte des contradictions et imprécisions comparé à ses rapports précédents - le 7 mars 2016 ce médecin n'a pas constaté de boiterie alors que le 22 octobre 2015 elle a noté une marche avec boiterie du membre inférieur droit ; le 7 mars 2015 elle n'a plus mentionné un accident de travail du 14 juin 2010 ainsi qu'une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche qui ressortait de son rapport antérieur (AI pces 86 et 87). De surcroît, cette Dresse, en tant que médecin généraliste, ne possède pas de la qualification médicale nécessaire pour évaluer les atteintes de l'assuré. Or, selon la jurisprudence, la spécialité médicale d'un médecin détermine dans une large mesure la valeur probante de ses constatations (arrêts du Tribunal fédéral 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.2.3 et 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). De plus, le TAF constate que le dossier est lacunaire à l'égard de la surdité bilatérale dont l'assuré souffre (AI pces 9, 86 et 87; cf. aussi AI pce 65), ne contenant aucune information concrète sur cette atteinte. Dans cette situation, le TAF ne saurait suivre l'avis du Dr S. _____, médecin généraliste FMH (AI pce 89). Par ailleurs, le Dr S. _____ n'a pas retenu le diagnostic de surdité bilatérale qui, certes appareillée (cf. AI pce 65), restreint les activités professionnelles exigibles de la part du recourant, telles l'activité de réceptionniste et de téléphoniste avancée à tort par le Dr S. _____ et, selon l'importance du trouble, aussi d'autres professions nécessitant un contact avec la clientèle (par exemple : vendeur de billets retenu par le Dr S. _____). Enfin, le TAF constate que l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré par le Dr S. _____ manque de précision et ne tient pas en détail compte de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré au niveau de ses genoux lorsqu'il ne retient que les dates des 29 novembre 2011 et 7 mars

2016. En conclusion, il est douteux que les différentes atteintes de l'assuré ont été correctement évaluées. Une instruction complémentaire du dossier s'avère nécessaire.

E. 9.4

A toutes fins utiles, il sied de rappeler que l'assuré ne saurait tirer aucun argument en son faveur du fait que la sécurité sociale française lui a reconnu un titre de pension d'invalidité à compter du 1er mars 2013 (AI pce 2 pp. 3 s. et 5 s.). Le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2.3 et 3.2.4 ci-dessus). Ainsi, il n'est pas nécessaire d'attendre la décision de la sécurité sociale portugaise suite à l'examen médical de l'assuré du 26 octobre 2016 (cf. TAF pce 18 annexe 5 et TAF pce 21) ou une décision de la sécurité sociale luxembourgeoise.

E. 10

Le TAF tient encore à relever les deux points suivants :

E. 10.1

Il ressort de plusieurs pièces au dossier que l'assuré est marié et a des enfants (cf. AI pce 14 pp. 1 ss, 72 ; TAF pces 9 et 26) alors que cette situation familiale n'appert pas des documents des institutions de la sécurité sociale française (AI pce 7 p. 1). L'OAIE doit aussi compléter son instruction sur ces éléments.

E. 10.2

Dans l'état actuel du dossier, le TAF ne saurait confirmer le calcul du taux d'invalidité de l'assuré du 29 avril 2016 duquel il appert un degré de 37% (AI pce 94). Si c'est à juste titre que la comparaison des revenus a été effectuée d'après les données statistiques suisses - en effet, l'assuré n'a depuis le 14 janvier 2014 plus de contrat de travail (AI pce 14 pp. 5 s. ; cf. aussi consid. 6.3 ci-dessus) - et que la comparaison des revenus doit être pratiquée sur un même marché du travail car les salaires et le coût de la vie ne sont pas les mêmes dans les deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b), le TAF estime que l'abattement de 10% retenu sur le revenu avec invalidité déterminé est insuffisant. Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés qui ne souffrent pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de travail (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). Le Tribunal fédéral a précisé qu'une déduction sur le revenu d'invalidité doit être accordée en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux d'ouvriers légers. Si par contre des travaux peu ou moyennement légers restent entièrement exigibles de la part de l'assuré, il n'a pas lieu d'opérer une déduction du salaire statistique déterminé compte tenu de nombreuses activités peu ou moyennement légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C_187/2011 cité consid. 4.2.1 et références). Dans le cas concret, compte tenu de l'âge de l'assuré né en 1963, de ses atteintes multiples (aussi une surdité bilatérale appareillée ; cf. consid. 9.3 ci-dessus) qui limitent le champ des activités adaptées ainsi que de sa capacité de travail partielle, une réduction du revenu statistique déterminé de 15% au moins est indiquée. Enfin, il est rappelé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 11

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision contestée a été rendue sur la base d'une instruction du dossier incomplète. Il sied donc d'admettre le recours partiellement, d'annuler la décision contestée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète l'instruction du dossier et rende une nouvelle décision. Le renvoi est indiqué en l'espèce conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1, 3.2 et 3.3). En effet, le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, le renvoi de l'affaire s'avère nécessaire, l'instruction de l'affaire étant incomplète en particulier sur le plan médical (cf. consid. 9.3 ci-dessus) mais aussi sur d'autres points (cf. consid. 10). L'OAIE rendra une nouvelle décision après avoir complété son instruction.

E. 12

L'assuré demande encore que l'arrêt du Tribunal de céans soit communiqué à la sécurité sociale portugaise. Toutefois, le TAF laisse au recourant le soin de transmettre lui-même une copie de l'arrêt s'il estime que cela est nécessaire. La nouvelle décision que l'OAIE rendra après avoir complété l'instruction du dossier sera communiquée par celui-ci à la sécurité sociale portugaise au moyen du formulaire E 210 "Notification de décision relative à une demande de pension".

E. 13.1

Vu l'issue de la procédure, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de 802 francs versées par le recourant (cf. TAF pces 7 et 10) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Par ailleurs, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 13.2

Le recourant qui a agi sans représentant et n'a pas démontré avoir supporté des frais élevés en raison du présent recours n'a pas droit à des dépens (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 3 du Règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Le dispositif se trouve à la page suivante.

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