

BVGer C-5101/2013 vom 30. November 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5101_2013

FR: TAF C-5101/2013 du 30 novembre 2016

IT: TAF C-5101/2013 del 30 novembre 2016

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021), auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais présumés de la procédure payée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

Le droit matériel applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter - en règle générale - à examiner

la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et ATF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 2.2

Au niveau du droit international, 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) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au Règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables in casu (arrêts du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 et 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) no 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) no 1408/71 - auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 - contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

E. 2.3

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 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. En l'espèce, le recourant a déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 30 mars 2012 (ci-dessus, let. A), si bien que le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 1er septembre 2012 (soit six mois après le dépôt de la demande), ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 2 septembre 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1 et ATF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 3

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de dix ans au total, si bien qu'il remplit la condition de la durée minimale de cotisations (pce AI 27, p. 4). Reste à examiner la question de l'invalidité dans le cas d'espèce.

E. 4.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée ; elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les

traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide à 40 % au moins (lettre c).

E. 4.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond par conséquent pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 137 V 20 consid. 2.2 et ATF 110 V 273 consid. 4b).

E. 4.3

Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration et, en procédure de recours, le Tribunal, constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En ce sens, sont déterminants tous les faits décisifs pour l'issue de la cause. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. Les autorités administratives et juridictionnelles sont ainsi tenues d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de rendre un jugement sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 et les références citées). Si elles acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que de nouvelles investigations ne pourrait l'amener à modifier son opinion, elles peuvent renoncer à l'administration d'une preuve (parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1 et 9C_398/2011 du 23 février 2012 consid. 4.2 ainsi que les références citées).

E. 4.4

En particulier, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, les autorités administratives et juridictionnelles doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Avant de conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée,

qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 140 V 70 consid. 6.1, ATF 137 V 64 consid. 2 et ATF 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références citées).

E. 4.5

En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement, sur la base de ceux-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées, et ATF 122 V 157 consid. 1d). Cette jurisprudence vaut également lorsque le service médical d'un assureur n'a pas examiné lui-même l'assuré, mais s'est limité à rendre un rapport de synthèse des pièces déjà versées au dossier, étant donné que ces documents contiennent des informations utiles à la prise d'une décision par l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale ou d'une appréciation de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C_787/2012 du 20 décembre 2012 consid. 4.2.1 et 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2). Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Par conséquent, une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 5

En l'espèce, le dossier est constitué principalement des pièces suivantes.

E. 5.1

L'expertise du Dr C._____, spécialiste en chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice installé à (...), datée du 21 mai 2012, qui a été établie sur demande du recourant (pce AI 32, p. 54). Ce spécialiste a indiqué qu'il n'y avait, s'agissant de la main gauche, aucune séquelle future à craindre, et que, pour ce qui a trait aux douleurs ressenties à l'arrière du crâne, une amélioration pourra se faire ressentir en suivant certaines thérapies (chiropractie, thérapie craniosacrée, thérapie physique, thérapie d'accompagnement psychosomatique, etc.). Il a ainsi conclu que, de son point de vue de chirurgien-plasticien, aucune rente d'invalidité ne devrait être allouée, car les douleurs ressenties pourront être traitées au moyen d'une thérapie appropriée ou à tout le moins être atténuées. Il a toutefois recommandé une analyse neurologique et/ou orthopédique (pce AI 32, p. 58).

E. 5.2

L'expertise du Dr D._____, spécialiste en orthopédie et chirurgie orthopédique à (...), qui est datée du 28 août 2012 (pces AI 47 et 48). Le spécialiste a diagnostiqué une cervicalgie (M54.2), plus particulièrement un syndrome cervical chronique avec soupçon d'une radiculopathie gauche sur la vertèbre cervicale C2, et une protrusion discale entre les vertèbres cervicales 4/5 et 6/7 (pce AI 47, p. 7). Il a précisé qu'aucun indice clinique d'une perte neurologique n'existait et estimé que le recourant était apte à travailler devant un écran, qu'il pouvait exercer une activité lucrative sans l'aide de tiers, qu'il était capable de s'occuper de son ménage sans l'aide de tiers, et qu'il pouvait reprendre son ancien travail à plein temps (pce AI 47, p. 8).

E. 5.3

Le rapport du Groupe Mutuel du 27 février 2013 (pce AI 76, p. 2) rédigé après que leur médecin de confiance ait examiné l'expertise du Dr E. _____, spécialiste en neurologie, et celle du Dr F. _____, psychiatre et psychothérapeute.

E. 5.3.1

Le Dr E. _____, neurologue exerçant à (...), dans son expertise datée du 9 novembre 2012, a diagnostiqué un status de la main gauche après un choc électrique (T75.4) et des céphalées sans étiologie claire (R51). Il a relevé que les nerfs du cerveau étaient intacts et que les mouvements normaux de la tête demeuraient possibles (pce AI 75, p. 6). Il n'a signalé aucune pathologie à la main gauche, mais a fait état de maux de tête sans étiologie claire du point de vue neurologique (pce AI 75, *ibid.*). En examinant le dossier du patient, il a constaté qu'une asymétrie du muscle splenius capitis avait été diagnostiquée. Après examen, il a toutefois précisé que cette asymétrie était à peine mesurable et qu'elle n'était en aucun cas pathologique. Un diagnostic identique a été posé s'agissant des changements dégénératifs au niveau des vertèbres cervicales qui avaient pu être constatés par l'imagerie par résonance magnétique (*ci-après* : IRM) et par l'électromyogramme (*ci-après* : EMG) qui sont, pour lui, sans influence sur les résultats neurologiques. Ces derniers sont normaux. L'expert a souligné que, même s'il y avait eu distorsion cervicale au moment de l'électrocution, un retour au statu quo ante aurait été obtenu après six mois. La qualification de la maladie à l'origine de ces maux de tête restait selon lui ouverte ; le Dr E. _____ a proposé qu'une expertise psychiatrique soit menée à cet effet (pce AI 75, p. 7). Finalement, sur le plan neurologique, le prénommé a retenu que les céphalées n'avaient aucune influence sur la capacité de travail (pce AI 75, p. 8).

E. 5.3.2

Le Dr F. _____, psychiatre et psychothérapeute, a identifié, dans son expertise datée du 25 janvier 2013 (se basant sur une visite du 11 novembre 2012), un trouble somatoforme douloureux (F45.4) ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1 ; pce AI 75, p. 27). Le psychiatre a relevé que le recourant devrait pouvoir reprendre son ancienne activité professionnelle progressivement après un suivi psychiatrique et psychothérapeutique adéquat, régulier et ambulatoire de quatre mois (pce AI 75, p. 28). Sur la base de l'anamnèse, il a déclaré s'attendre à un pronostic favorable sur le long terme, estimant une aide de l'assurance invalidité moins importante qu'une psychothérapie (pce AI 75, p. 28). L'expert a souligné qu'il n'existait aucune diminution objectivable de la capacité de travail (pce AI 75, p. 29, B. 1.). Toutefois, il a conseillé un changement d'activité professionnelle à long terme et estimé que ce changement était possible sans l'aide de l'assurance invalidité (pce AI 75, p. 29, B. 3. et C. 2.).

E. 5.3.3

Prenant appui sur les deux expertises précitées (consid. 5.3.1 et 5.3.2), le Groupe Mutuel a retenu que A. _____ avait une incapacité de travail totale dans son ancienne profession. Il a par contre considéré qu'une reprise du travail était exigible si elle était accompagnée de traitements psychiatriques et psychothérapeutiques durant quatre mois. Le Groupe Mutuel a ainsi décidé de continuer à verser des prestations au recourant jusqu'au 30 juin 2013, mentionnant que le recourant avait déjà pris contact avec un psychiatre et que sa thérapie allait débiter le 11 mars 2013 (pce AI 76, p. 2).

E. 5.4

Les prises de position des médecins de l'OAIE, à savoir celle de la Dresse G._____, spécialiste en médecine interne, qui est datée du 19 mars 2013 (pce AI 78) ainsi que celle du Dr H._____, psychiatre et psychothérapeute, datée du 17 juin 2013 (pce AI 89). La Dresse G._____ a résumé comme suit l'historique médical du recourant : « (A._____) a présenté des douleurs à la main dans un premier temps, puis a développé des cervicalgies gauches avec céphalées dans le contexte de prolapsus discaux non compressifs au niveau cervical C4/5 et C5/6 et contracture musculaire para-cervicale. Les investigations neuroradiologiques cérébrales ainsi que l'électroencéphalogramme et l'électroneuromyogramme n'ont pas montré d'atteinte significative. Depuis l'accident, le recourant n'a pas repris le travail en raison des cervicalgies et céphalées » (pce AI 78, p. 1). Elle a poursuivi en citant l'expertise du Dr C._____. Celui-ci n'a pas retenu, au plan somatique, l'existence d'une suite invalidante à l'accident, mais a précisé que « l'électrocution a(vait) pu déclencher une contraction musculaire tétanique de une à deux minutes (et non pas un coup du lapin), puis des douleurs chroniques consécutives par conduction périostée et suite à des injections répétées au niveau de la musculature ». Elle s'est également référée aux rapports neurologiques des Drs I._____ du 20 mars 2012, lequel relevait également l'absence de déficit fonctionnel significatif, et E._____ du 9 novembre 2012, indiquant que même en cas de distorsion cervicale, un retour au statu quo ante était obtenu après six mois (pce AI 78, p. 1). La Dresse G._____ a conclu que, du point de vue somatique, l'atteinte à la santé justifiait une incapacité de travail de 100 % dès le 13 mars 2011, avec une pleine capacité retrouvée à compter du 21 mai 2012, date de l'expertise du Dr C._____ concrétisant l'absence de limitation fonctionnelle significative (pce AI 78, p. 2). En raison de l'expertise psychiatrique effectuée le 25 janvier 2013 (ci-dessus, consid. 5.3.2), diagnostiquant un trouble somatoforme douloureux, elle a laissé le soin à l'expert psychiatre de l'OAIE de se prononcer sur ce point (pce AI 78, p. 3). Dans sa brève réponse, le Dr H._____ a estimé que le dossier était clair et s'est par conséquent ralliée à l'opinion de la Dresse G._____ sans ajouter de précisions (pce AI 89).

E. 6

Cette documentation appelle les remarques suivantes.

E. 6.1

Force est de constater qu'il ressort du dossier en question que les médecins ont diagnostiqué au recourant un status après électrocution accidentelle le 13 mars 2011, un syndrome vertébral cervical douloureux sur troubles dégénératifs modérés (protrusions discales C4/5 et C5/6), des céphalées d'étiologie incertaine et un trouble somatoforme douloureux. Le recourant ressent selon les médecins des douleurs à la tête et à la nuque et ne les simule pas, tout au plus les accentue. Le Dr F._____, psychiatre, a pour sa part posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, ces troubles s'étant à son avis manifestés à partir de l'électrocution du mois de mars 2011. Le psychiatre considère que le recourant ne peut, compte tenu de l'expérience vécue, reprendre le travail habituel. Par contre, la reprise d'une activité de substitution adéquate, celle de mécanicien (métier pour lequel il bénéficie d'une formation) peut être admise, mais pas avant une période de quatre mois à partir de la visite du 11 novembre 2012, et ceci à condition que le recourant ait suivi régulièrement une thérapie psychiatrique ambulatoire adéquate (pce AI 75, pp. 11 à 30).

E. 6.2

La Dresse G. _____ a conclu que, du point de vue somatique, l'atteinte à la santé justifiait une incapacité de travail de 100 % du 13 mars 2011 au 20 mai 2012, et a demandé - en raison de l'expertise psychiatrique du Dr F. _____ du 25 janvier 2013, des diagnostics et d'un traitement psychiatrique en cours, avec prévision d'une possible reprise du travail à quatre mois - de soumettre le dossier pour avis psychiatrique. Or, dans sa prise de position du 17 juin 2013, le psychiatre, Dr H. _____, ne se prononce ni sur la qualité de l'expertise psychiatrique du 25 janvier 2013 ni sur les conséquences/effets de celle-ci sur la capacité de travail du recourant, mais se limite à renvoyer, sans motivation aucune, à la prise de position de la Dresse G. _____. Toutefois, cette prise de position, contrairement à ce qui a été implicitement retenu dans la décision attaquée, ne permet pas de conclure sans réserve à une capacité de travail retrouvée de la part du recourant à partir du 21 mai 2012 même dans sa précédente activité, cette conclusion pouvant tout au plus être retenue du point de vue somatique, mais certainement pas du point de vue psychiatrique, le Dr F. _____ ayant de facto postulé, dans son évaluation (pce AI 75, p. 17 et 18), une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'à la date de sa visite, avec indication d'une possible reprise d'une activité de substitution - notamment celle de mécanicien - dans le courant du mois de mars 2013. Or, aucune investigation complémentaire à ce sujet, pourtant absolument nécessaire, a été effectuée par l'OAIE concernant l'incapacité de travail du recourant à partir du 13 mars 2011 du point de vue psychiatrique en relation avec le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants. Pour ce motif déjà, la décision attaquée doit être annulée.

E. 6.3

Par ailleurs, la jurisprudence du Tribunal fédéral avait posé depuis de nombreuses années la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux (ci-après : TSD), la fibromyalgie, ainsi que d'autres troubles psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce n'est que lorsque la personne assurée présente une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplit certains critères définis, appelés critères de Foerster, qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie (ATF 132 V 65 consid. 4, ATF 131 V 49 et ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

E. 6.3.1

Durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral, dans un arrêt de principe publié aux ATF 141 V 281, a modifié sa pratique en profondeur, tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze ans, ainsi que des critiques formulées à l'encontre de cette jurisprudence. La présomption selon laquelle les TSD ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible a été abandonnée (ATF précité, consid. 3.4). Selon cette nouvelle jurisprudence, un diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de troubles psychosomatiques comparables doit être posé selon les règles de l'art et motivé par un expert psychiatre de manière, pour l'organe d'application du droit, de constater que les critères de classification (en particulier la CIM-10, ch. F45.40) demeurant effectivement remplis, avec suffisamment de références aux éléments constatés de nature fonctionnelle (ATF précité, consid. 2.1, 2.1.1 et 4.2). Un nouveau schéma d'évaluation (ATF précité, consid. 4.1.3) a été créé, introduisant un catalogue d'indicateurs : (a) atteinte à la santé, (b) personnalité, (c) contexte social (dans la catégorie « Degré de gravité fonctionnel ») et (a) limitation du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et (b) poids des souffrances (dans la catégorie « Cohérence [points de vue du comportement] »). Il s'agit d'obtenir une vision d'ensemble,

dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, devant permettre de mettre en lumière les facteurs incapacitants, d'une part, et les ressources de la personne, d'autre part (ATF précité, consid. 3.5 et 3.6). Ainsi, les indicateurs précédemment mentionnés donnent aux organes d'application du droit des indices nécessaires pour pallier au manque de preuves en relation avec l'évaluation de l'incapacité de travail en cas de troubles psychosomatiques (ATF précité, consid. 3.6 et 4.1). En premier lieu, il convient d'indiquer les éléments et les symptômes pertinents pour le diagnostic en prenant pour point de départ le degré de gravité minimal inhérent à ce diagnostic (ATF précité, consid. 4.3.1.1). Le succès du traitement ou de la réadaptation, de même que l'éventuelle résistance de la part de l'assuré demeurent d'importants indicateurs du degré de gravité. En effet, les troubles psychiques dont il est question ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et s'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités, malgré la coopération optimale de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.1.2). La comorbidité psychiatrique et les affections corporelles, autrefois éléments prioritaires, sont également des indicateurs à prendre en considération par une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie, afin d'établir le statut fonctionnel de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.1.3). En outre, il faut tenir compte de ses ressources, tant au niveau du complexe de la personnalité que du contexte social (ATF précité, consid. 4.3.2 et 4.3.3). Eu égard à la cohérence des limitations fonctionnelles - soit les aspects relatifs au comportement de l'assuré -, il convient de se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession ou dans le domaine des activités habituelles d'une part, et dans les autres domaines de la vie - tels les loisirs - d'autre part (ATF précité, consid. 4.4.1). Finalement, le poids effectif des souffrances à l'aune des options thérapeutiques et de réadaptation professionnelle s'examine aussi dans la catégorie relative au comportement de l'assuré (ATF précité, consid. 4.4.2).

E. 6.3.2

Par ailleurs, un diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne conduit pas à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité que s'il résiste aussi aux motifs d'exclusion (en allemand : *Ausschlussgründe*) de l'ATF 131 V 49 (ATF 141 précité, consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). En effet, il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue - par exemple, discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, absence de demande de soins ou de traitement, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 141 précité, consid. 2.2.1 et les références citées) -.

E. 6.3.3

Lorsque sont diagnostiqués des troubles somatoformes douloureux, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ces troubles sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 64 consid. 4 et 5 et ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires, telles la fibromyalgie, bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

E. 6.3.4

Selon le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2015 du 18 août 2016 consid. 4.2.1), la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 garde sa pertinence dans le sens que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants. Le cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant.

E. 6.3.5

A l'examen du dossier, force est de constater que l'expertise psychiatrique du Dr F. _____ du 25 janvier 2013 ne permet pas de satisfaire aux exigences de la nouvelle jurisprudence (consid. 7.2) sur le point de savoir si l'assuré se trouvait en état d'incapacité de travail en raison de ses troubles somatoformes douloureux. Ces troubles étant apparus suite à l'accident du 13 mars 2011 (pce AI 75, p. 27), le degré d'incapacité concret y afférant et la durée de cette incapacité dans sa précédente activité, comme dans toute autre activité de substitution, se révèlent primordiaux. En effet, si l'incapacité de travail occasionne une invalidité de 40 % au moins, le recourant aurait droit à une rente d'invalidité, les troubles susmentionnés ayant existé sur une période supérieure à un an et ayant persisté au-delà du 1er septembre 2012, comme semble l'indiquer le Dr F. _____. Toutefois, l'expertise du prénommé, en plus de ne pas satisfaire à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (ATF 141 V 281), n'explique pas d'une façon suffisamment détaillée et convaincantes à partir de quand et pour quelles raisons notamment les seuls troubles somatoformes douloureux persistants justifiaient une incapacité totale ou partielle de travail dans la précédente activité et une de substitution. En résumé, le Tribunal ne parvient pas à déterminer l'incapacité de travail du recourant concernant les troubles somatoformes douloureux persistants diagnostiqués sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr F. _____.

E. 7

Eu égard à tout ce qui précède, il appert que la documentation médicale versée au dossier ne permet manifestement pas de se prononcer valablement sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail pendant l'ensemble de la période déterminante. Il se justifie dès lors d'annuler l'acte entrepris.

E. 8

En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci 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 citées). Tel est le cas en l'espèce, l'affaire devant être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire comprenant

notamment une expertise psychiatrique complémentaire, qui devra par ailleurs respecter la jurisprudence du Tribunal fédéral ATF 141 V 281. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé du recourant dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de l'assuré dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 9.1

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). Le montant de 400 francs versé par le recourant à titre d'avance de frais lui sera restitué une fois le présent arrêt entré en force.

E. 9.2

Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF). (dispositif page suivante)

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