

BVGer C-5118/2012 vom 23. September 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5118_2012

FR: TAF C-5118/2012 du 23 septembre 2013

IT: TAF C-5118/2012 del 23 settembre 2013

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 de céans, 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

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, 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 ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable, l'avance de frais ayant été par ailleurs dûment acquittée dans le délai requis (TAF pces 1, 4 et 7).

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal

administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 155, Alfred Kölz/Isabelle Häner/Martin Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3e éd., Zurich 2013, n. 154 ss).

E. 3.1

A. _____ étant citoyen d'un Etat membre de la communauté européenne, 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est applicable.

E. 3.2

Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 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]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11).

E. 3.3

En l'espèce, les règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 sont applicables, les règlements précités (CEE) n°1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP uniquement applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. l'art. 87 par. 1 du règlement [CE] n°883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

E. 3.4

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels

les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.5

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.6

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement (CEE) n° 883/2004).

E. 4.1

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (pro rata temporis; ATF 129 V 4 consid. 1.2). Dès lors que le recourant fait valoir implicitement être victime d'une atteinte incapacitante dès l'année 2008 et que la demande y afférente a été déposée le 30 août 2008 (pce 1) le droit à des prestations doit donc être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647); les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2012. Toutefois les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive qu'il y soit fait référence. Il sied toutefois de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification déterminante dans le cas d'espèce avec l'introduction du nouveau droit.

E. 4.2

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 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 30 juillet 2009 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 3 septembre 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf.).

E. 5.1

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI, étant précisé que les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne [UE] ou de l'Association européenne de libre échange [AELE] peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse [cf. art. 45 et 51 par. 1 du règlement (CEE) n°883/2004]). Or, en l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 5.2

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 (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. 1 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 6.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Le juge des assurances sociales 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. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il 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 prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

E. 6.2

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. 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 en général 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 réf. cit.).

E. 7.1

En l'espèce, il est admis que A._____ présente depuis le début de l'année 2008 une épicondylite des deux coudes, une tendopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs des deux épaules, des cervicalgies chroniques sur uncodiscarthrose de C4 à C7, des crampes des mains récidivantes lors de travaux froids, des lombalgies chroniques avec discopathie L2-L3, une chondropathie fémoro-patellaire des deux genoux, une instabilité ligamentaire chronique externe des chevilles, une carence vitaminique D avec hyperparathyroïdie, une ostéopénie et une insuffisance veineuse chronique (pces 7, 14, 15, 27 et 33).

E. 7.2

Toutefois, les médecins consultés ne s'accordent pas quant à l'influence de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré. D'une part, le Dr B._____, rhumatologue traitant, déclare l'assuré totalement incapable de travailler depuis le 4 février 2008 (cf. le rapport du même jour [pce 7] et les rapports des 17 septembre 2008 et 5 janvier 2009 [pces 15 et 27]) et la sécurité sociale luxembourgeoise octroie rétroactivement une pension d'invalidité à l'assuré dès le 11 septembre 2008 (pce 40) sur la base d'une expertise médicale du Dr H._____ du 2 septembre 2009 le déclarant incapable de travailler en raison du cumul de ses affections dégénératives (pce 33). D'autre part, le SMR réfute toute incapacité de l'assuré sur la base du formulaire E 213 du 24 avril 2008 dont il ressort que l'assuré présente une invalidité de 20% dans des activités adaptées (pce 3). Dès lors, l'OAIE rejette par décision du 2 septembre 2009 (pce 31) la demande de rente de A._____ lequel recourt auprès du Tribunal administratif fédéral (pce 34). Afin de départager les différents avis médicaux et considérant que le médecin SMR consulté n'était pas spécialisé, le Tribunal par un arrêt C-6295/2009 du 11 février 2011, renvoie la cause à l'OAIE pour complément d'instruction afin qu'un médecin SMR ou un expert externe spécialisé en rhumatologie prenne position sur l'état de santé de l'assuré et sur sa capacité de travail (pce 53).

E. 7.3

Dans le cadre de la présente procédure, l'OAIE rejette une nouvelle fois la demande de prestations d'invalidité déposée par A._____ le 30 janvier 2008 en se référant à deux expertises, psychiatrique et rhumatologique (cf. les expertises des 21 et 23 mars 2012 des Drs J._____ et K._____; pces 60 et 61), ordonnées par ses soins en application de l'arrêt du TAF précité. Les experts arrivent à la conclusion que l'assuré ne présente aucune incapacité malgré ses atteintes à la santé et que celui-ci peut exercer son activité habituelle

de cuisinier ou toute autre activité du même genre.

E. 7.4

De son côté, l'assuré conteste ces expertises et verse en cause lors de la procédure d'audition un nouveau rapport médical de son rhumatologue traitant, le Dr B. _____ (cf. le rapport du 5 juillet 2012; pce 71), qui le déclare incapable d'exercer aucune activité professionnelle, et se prévaut du fait que le Luxembourg lui a octroyé une pension d'invalidité depuis le 11 septembre 2008 (TAF pces 1 et 6). Il verse également plusieurs autres rapports médicaux faisant état de cures thermales annuelles depuis 2008 (pces 72 à 74; pce 77), ainsi que deux rapports datés du 10 juillet 2012, indiquant une prochaine opération de la cataracte (cf. le rapport ophtalmologique de la Dresse N. _____; pce 78) et un suivi pour hypertrophie de la prostate (cf. le rapport urologique du Dr O. _____; pce 79).

E. 8.1

A titre liminaire, il sied de rappeler que le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (cf. supra consid. 3.5). Aussi, contrairement à ce que sous-entend le recourant, les décisions de la sécurité sociale du Luxembourg ne lient pas les autorités suisses et l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 8.2

Dans la présente occurrence, l'assuré indique ne plus pouvoir travailler, ses douleurs nécessitant des médicaments et des séances de physiothérapie récurrentes. Il se réfère principalement aux rapports médicaux de son rhumatologue traitant et à l'expertise du Dr H. _____ ayant servi de base aux autorités luxembourgeoises pour lui reconnaître une invalidité.

E. 8.3

Or, il ressort de manière univoque des expertises effectuées en Suisse que, si l'assuré présente effectivement des affections dégénératives au niveau des coudes, du dos et de la nuque, celui-ci ne présente aucune incapacité de travail en raison de son état de santé. Les deux expertises sont très complètes, comprenant pour l'expertise rhumatologique plus d'une trentaine de pages, ainsi qu'un complément d'examen portant uniquement sur les critères de fibromyalgie et des résultats d'examen effectués lors de l'expertise. Le Tribunal constate que les experts ont procédé à deux entretiens de synthèse et s'accordent pour reconnaître à l'assuré une capacité de travail entière dans son ancienne activité de cuisinier ou dans toute autre activité. Celui-ci, ne présentant pas de fibromyalgie, souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte à la limite inférieure du seuil diagnostique, traité par antidépresseur sédatif en raison de troubles du sommeil notamment; l'expert réfute toute tristesse ou perte d'intérêt et du plaisir (p. 5 de l'expertise du Dr J. _____; pce 60).

E. 8.4

De l'avis des experts suisses, l'assuré est un homme qui garde un excellent état général, ne fait pas son âge et qui ne présente pas de limitation de mobilité de l'appareil locomoteur. Sans déformation articulaire significative, l'experte rhumatologue constate des amplitudes articulaires normales, l'absence de radiculopathie et de myélopathie au niveau cervical et des lésions dégénératives débutantes. S'agissant des douleurs importantes en 2008 avec crampes dans les mains (p. 19 de l'expertise), elle les attribue à une possible tétanie par

hyperpnées dans un contexte de surmenage chez un patient souffrant de trouble anxieux et dépressif mixte, le fait que les crampes aient régressé rapidement plaident pour des crises subaigües. Relevant une certaine amplification des douleurs, l'experte ne retient pas de fibromyalgie (cf. le questionnaire idoine; pce 61 pp. 32 à 37), indiquant qu'il ne faut de plus pas attribuer aux lésions radiologiques plus d'importance que le tableau clinique ne le laisse suggérer. Par ailleurs, elle mentionne une discordance entre les plaintes algiques de l'assuré et le tableau clinique, soulignant qu'au cours de l'examen l'assuré n'a pas présenté de signes de souffrance ni de gestuelle d'épargne (page 26 de l'expertise de la Dresse K._____; pce 61). L'experte rejoint ainsi l'avis exprimé par le SMR dans un son avis du 4 décembre 2012 (pce 37), lequel soulignait alors une nette discordance entre les données radiologiques banales, l'examen clinique du Dr H._____- relevant uniquement une mobilité diminuée - et les conclusions de celui-ci s'agissant de la capacité de travail de l'assuré.

E. 8.5

S'agissant de l'expertise du Dr H._____ effectuée le 2 septembre 2009 sur mandat des autorités luxembourgeoises (pce 33), ses conclusions d'un point de vue psychique rejoignent celles de l'expert psychiatrique consulté dans le cadre de la présente procédure, l'assuré étant décrit comme étant bien intégré socialement, sans trouble de la concentration ou de la pensée (page 8 de l'expertise; pce 33). D'un point de vue somatique, le Dr H._____ indique que l'assuré présente un bon état général, mais retient également une diminution de sa capacité de rendement en raison de multiples altérations dégénératives (p. 10 de l'expertise).

E. 9.1

En l'espèce, il s'agit de mettre en balance les différents avis médicaux au dossier. Or, force est au Tribunal de constater que le service médical de l'OAIE se fonde sur deux expertises - rhumatologique et psychiatrique - qui prennent en compte les antécédents de l'assuré, reposent sur une étude complète et circonstanciée de sa situation médicale, ne contiennent pas d'incohérence et aboutissent à des conclusions claires et motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les réf.). Il n'y a, en l'espèce, aucune raison de ne pas y accorder foi, celles-ci remplissant les conditions jurisprudentielles en la matière (cf. consid. 6.1). En effet, selon la jurisprudence, le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

E. 9.2

Par ailleurs, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

E. 9.3

A ce propos, le Tribunal relève que les rapports du rhumatologue traitant, le Dr B._____ (pces 7, 27 et 71), sont relativement succincts, celui-ci se contentant de lister les diagnostics de l'assuré et de conclure que "son état de santé le rend incapable de pratiquer son ancienne activité professionnelle de cuisinier diplômé et maître-traiteur tout comme toute autre activité en rapport avec ses forces et aptitudes et donc [le rend] invalide par rapport au marché général du travail". Aucunes limitations fonctionnelles, à l'exception d'une

symptomatologie algique ne sont pourtant mentionnées par le médecin traitant. Dès lors, ces rapports médicaux ne sauraient remettre en cause l'appréciation circonstanciée des experts consultés par l'OAIE.

E. 9.4

Au vu de ce qui précède, les avis des experts en rhumatologie et psychiatrie emporte la conviction du Tribunal, considérant que le Dr H._____ n'est pas spécialisé en rhumatologie, mais uniquement en médecine générale, ce d'autant que ses conclusions manquent de précision; en effet, l'expert reconnaît à l'assuré une invalidité au sens de la législation luxembourgeoise étant donné que son état de santé ne lui permet plus d'exercer une activité professionnelle avec la régularité nécessaire. Tant le Dr G._____ du SMR que l'experte rhumatologue consultés, estiment que le Dr H._____ a apporté trop d'importance aux lésions radiologiques. De plus, ses conclusions sont teintées par des considérations ne relevant pas de l'invalidité et sortant du cadre strictement médical, par exemple lorsqu'il mentionne l'âge de l'assuré (page 12 de l'expertise; pce 33).

E. 9.5

Finalement, s'agissant de l'opération de la cataracte et de l'hypertrophie de la prostate, il ne ressort pas des rapports médicaux produits par l'assuré (pces 78 et 79) que cela ait eu une influence sur sa capacité de travail et l'on peut suivre l'avis du médecin SMR également sur ce point, en considérant que ces nouvelles affections ne sauraient remettre en cause les conclusions convaincantes des expertises effectuées en Suisse (cf. le rapport SMR du 24 août 2012; pce 83).

E. 9.6

Dès lors, le Tribunal se doit, à l'instar des médecins SMR et des Drs J._____ et K._____, de retenir que les atteintes à la santé de l'assuré ne sont pas invalidantes considérant le fait qu'il reste apte à travailler dans sa dernière activité de cuisinier ou dans tout autre type d'activités.

E. 10

Partant, le recours du 28 septembre 2012 doit être rejeté et la décision du 3 septembre 2012 de l'autorité intimée confirmée.

E. 11

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais dont il s'est acquitté au cours de l'instruction. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 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 dispositif se trouve à la page suivante)

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