

BVGer C-5450/2016 vom 12. Dezember 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5450_2016

FR: TAF C-5450/2016 du 12 décembre 2019

IT: TAF C-5450/2016 del 12 dicembre 2019

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

E. 1.2

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA.

E. 1.3

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à 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 expressément à la LPGA.

E. 1.4

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 5 septembre 2016 est recevable quant à la forme.

E. 2.1

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant espagnol, vivant en Espagne - Etat membre de l'Union

européenne (UE) - a travaillé et versé des cotisations en Suisse de 1982 à 2004 (cf. AI pce 32 p. 2 ; annexe à TAF pce 27). 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 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. 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 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 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. Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TFA I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, 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 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TFA I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009). Ainsi, contrairement à ce que semble croire le recourant dans son recours (cf. TAF pce 1), il n'est donc pas en soi déterminant que les autorités espagnoles lui aient reconnu le droit à une rente d'invalidité espagnole.

E. 2.2

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2). En l'occurrence, vu la première décision de refus de rente d'invalidité du 17 septembre 2012 (cf. AI pce 23), la nouvelle demande de prestations du 6 octobre 2015 (cf. AI pce 40) et la décision litigieuse du 25 juillet 2016 (cf. AI pce 86), les dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur au 17 septembre 2012 et les éventuelles modifications législatives jusqu'au 25 juillet 2016 sont applicables.

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). 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, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.2

En l'espèce, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit le 25 juillet 2016. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne seront pas pris en considération dès lors qu'au regard des considérants qui vont suivre, ils ne permettent pas de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 24 février 2014 consid. 3.1).

E. 4.1

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 25 juillet 2016 (cf. AI pce 86), par laquelle il a été dénié à l'intéressé tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse au motif qu'il ne subissait aucune perte de gain.

E. 4.2

La décision dont est recours fait suite à une première demande de prestations AI déposée le 2 mars 2012 (cf. supra consid. B.a), qui avait été rejetée par décision de l'OAIE datée du 17 septembre 2012 au motif que le taux d'invalidité de l'intéressé était de 0%, et à une deuxième demande de prestations AI présentée en date du 6 octobre 2015 (cf. supra consid. C.a).

E. 4.3

A titre préliminaire, il sied de relever qu'après l'étude du dossier de l'OAIE, le Tribunal ne partage pas l'opinion de l'autorité inférieure selon laquelle le recourant avait volontairement cessé d'exercer son activité professionnelle et que, partant, depuis le rejet de la première demande de prestations en septembre 2012, aucune perte de gain à compenser par l'assurance invalidité n'avait pu survenir. Concernant cet aspect, le Tribunal renvoie aux explications détaillées au considérant 8 du présent arrêt. Par conséquent, la demande de révision ne peut pas être rejetée au motif que suite à l'absence d'une perte de gain, il peut être renoncé à l'examen de la question de l'aggravation alléguée de l'état de santé dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations. Ainsi, il convient d'examiner, ci-après, si une modification notable de l'état de santé est intervenue depuis la première décision de rejet.

E. 4.4

En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b).

E. 4.5

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TFA I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

E. 4.6

Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec son alinéa 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3).

E. 4.7

En l'espèce, l'OAIE est entré en matière sur la nouvelle demande. Par conséquent, le Tribunal de céans doit déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de l'assuré, si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, il rejettera le recours avec substitution des motifs. Dans le cas contraire, il devra déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à la rente, autrement dit, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 6 avril 2016 (art. 29 al.1 LAI ; cf. la nouvelle demande datée du 6 octobre 2015 [AI pce 40 p. 7 n° 14] ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. 140 V 2 consid. 5 ; 142 V 547 consid. 3).

E. 4.8

En l'occurrence, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit de l'intéressé à une rente, est celle du 17 septembre 2012, rendue par l'OAIE au terme de l'examen de la première demande de prestations et rejetant son droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. AI pce 23). C'est donc l'état de fait existant au moment de cette décision du 17 septembre 2012 qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision querellée du 25 juillet 2016 (cf. AI pce 86) et qui doit servir de base pour

déterminer si l'état de santé du recourant s'est modifié d'une manière à influencer ses droits.

E. 5.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. 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 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

E. 5.3

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 art. 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 5.4

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la 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).

E. 5.5

En règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

E. 6.1

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent 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.

E. 6.2

Dans le cadre d'un recours, 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 351 consid. 3a et les références citées). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4).

E. 6.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 6.4

Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, lesdits rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss). Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré

par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes de médecins conseils mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi 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 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. p. 799 n° 2920).

E. 6.5

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

E. 7.1

Dans son recours, l'assuré invoque être incapable d'exercer tout type d'activité en raison de ses diverses atteintes à la santé ainsi que des limitations fonctionnelles qui en découlent (TAF pce 1 ; 22), ce qui revient à faire valoir une aggravation de son état de santé.

E. 7.2

Dans le cadre de la première demande de prestations AI, la décision de l'OAIE du 17 septembre 2012 était principalement fondée sur l'avis du 29 juin 2012 du service médical interne de l'OAIE, soit pour lui le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui a retenu les diagnostics d'aphasie motrice légère suite à un ictus ischémique (infarctus en territoire de l'artère cérébrale médiane gauche) en date du 19 juillet 2011, de tendinopathie de la manchette des rotateurs calcifiante à droite, de gonalgie et de syndrome d'apnée du sommeil léger (cf. AI pce 21 p. 1). Au moment de la première demande de prestations AI, les médecins espagnols ont également fait état notamment d'une hypertension artérielle (cf. AI pces 2 ; 3 ; 27 p. 1 ss), de céphalées (cf. AI pces 1 p.1 ; 26 ; 27 p. 1), d'une tendinite calcifiante bilatérale avec douleur lors d'abduction des deux épaules au-delà de 90° ainsi qu'en rotation externe (cf. AI pces 4 ; 25), de douleurs ubiquitaires (notamment aux niveaux des genoux, avant-bras, clavicule, sternum, chevilles, épaules, coude gauche ; cf. AI pces 1 p. 1 ; 4 ; 5 p. 1 ss ; 25 ; 27 p. 7) ainsi que d'un syndrome dépressif réactionnel, respectivement d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel (cf. AI pces 5 p. 1 s.). Sur cette base, le Dr G._____ a retenu chez l'assuré une capacité de travail entière dans son activité habituelle ou dans toute autre activité de substitution évitant l'exposition au froid et au chaud (cf. AI pces 21 p. 1 ss).

E. 7.3

Dans le cadre de la deuxième demande de prestations AI qui a abouti à la décision dont est recours, l'OAIE a recueilli notamment les prises de position médicales du service médical interne de l'OAIE, soit pour lui le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, des 12 février 2016, 5 avril 2016 et 18 juillet 2016 (cf. AI pces 53 ; 66 ; 85). Ces

rapports médicaux reposent, quant à eux, sur divers avis médicaux établis par des médecins espagnols (cf. AI pces 38 ; 41 ; 42 ; 47 ; 56 ; 69 ; 70 ; 77 ; 78 ; 82) et ont été rendus après le seul examen du dossier. Afin de pouvoir juger si un changement de l'état de santé de l'intéressé apte à influencer ses droits durant la période précitée s'est produit, il sied d'examiner dans un premier temps si ces prises de positions médicales du Dr C._____ ont valeur probante.

E. 7.4

Le Dr C._____ a posé les diagnostics principaux de syndrome lombospondylogène et radiculaire (CIM-10 M51.1) et de status après deux ictus ischémiques avec aphasie motrice légère résiduelle et troubles de la sensibilité du hémicorps droit avec engourdissement au bras. Ce médecin a retenu une aggravation de l'état de santé de l'intéressé à partir de février 2014, soit après l'apparition des problèmes plus importants de l'appareil locomoteur (cf. AI pces 47 ; 66). Au sujet de l'évaluation des limitations fonctionnelles et de l'incapacité de travail du recourant, le Dr C._____ a fixé en date du 12 février 2016 l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 80% dès le 24 février 2014 et dans une activité adaptée, soit une activité évitant les travaux lourds et le port de charges de plus de 3 kg et n'impliquant que peu de marche, à 30% dès le 24 février 2014 (cf. AI pce 53). Dans son rapport médical du 18 juillet 2016 (cf. AI pce 85), ledit médecin a reconsidéré sa position au motif que la nouvelle documentation médicale reçue entre-temps décrivait une atteinte à la marche plus importante que celle retenue auparavant et attesté d'une nouvelle incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% dès le 24 février 2014. Par ailleurs, il a maintenu le taux d'incapacité dans une activité adaptée (30% dès le 24 février 2014 dans une activité adaptée légère, notamment en position assise) et a noté les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : nécessité de travailler en position assise ou alternée, d'éviter les échelles et échafaudages, les terrains irréguliers, les intempéries et le stress.

E. 7.4.1

Dans un premier temps, il appert que le Dr C._____ ne s'est pas prononcé au sujet des diagnostics psychiatriques, à savoir du trouble dépressif réactif, respectivement du syndrome anxieux dépressif, retenus par les médecins espagnols (cf. AI pces 41 ; 42 ; 56 ; 69 ; 70 ; annexe à TAF pce 1). Même si ces médecins n'ont pas posé lesdits diagnostics selon un système de classification reconnu ni examiné le caractère invalidant de ceux-ci conformément aux exigences jurisprudentielles et que la valeur probante de ces rapports est limitée, ils suffisent à semer un doute sur l'existence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles psychiques invalidants. Ainsi, le Tribunal n'est pas en mesure de retenir à la vraisemblance prépondérante que le recourant ne souffre pas nouvellement d'un ou de plusieurs troubles psychiques invalidants. Le dossier médical s'avère dès lors lacunaire sur ce point.

E. 7.4.2

Dans un deuxième temps, il appert que le médecin du service médical interne de l'OAIE ne se prononce pas suffisamment au sujet de l'évolution de l'état de santé du recourant dès 2012. En effet, le Dr C._____ a retenu une limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée de 30% à partir du 24 février 2014, date qui correspond à l'examen électroneurographique et d'électromyographie à l'Hôpital H._____ effectué par le Dr I._____ et qui avait permis de déceler chez l'intéressé des troubles situés au niveau de la colonne lombo-sacrée (cf. AI pce 53). Puis, en date du 18 juillet 2016 (cf. AI pce 85), il a reconsidéré sa position et attesté d'une nouvelle incapacité de travail dans l'activité

habituelle de 100% dès le 24 février 2014 au motif que la nouvelle documentation médicale reçue entre-temps décrivait une atteinte à la marche plus importante que celle retenue auparavant. Toutefois, le médecin de l'OAIE n'a pas tenu compte de l'évolution antérieure ou postérieure de l'état de santé de l'intéressé, notamment (et surtout) de l'évolution survenue entre le premier ictus ischémique (juillet 2011) et le deuxième ictus (août 2015), en particulier du fait que ce dernier avait laissé des séquelles permanentes sous la forme d'une hémiparésie droite.

E. 7.4.3

Dans un troisième temps, le Tribunal constate que le Dr C. _____ ne justifie pas son appréciation de la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée. Ainsi, il n'examine notamment pas l'incidence de l'hémiparésie droite (membre supérieur droit globalement 4/5 ; membre inférieur droit : proximal 3+/5, distal 3/5), ainsi que d'une hemihypoesthésie droite (cf. rapport médical d'évaluation de l'incapacité de travail du 7 avril 2016 de la Dresse D. _____ [AI pce 69] et le rapport médical E 213 [ES] du 31 mai 2016 du Dr E. _____ [AI pce 70]) sur la capacité de travail de l'intéressé. Or, l'on aurait pu attendre du Dr C. _____ qu'il explique et motive les raisons permettant de retenir ou d'exclure une perte de rendement ou d'efficacité en rapport avec ce trouble.

E. 7.4.4

Par ailleurs, le médecin-conseil de l'OAIE, qui n'a pas procédé à l'examen personnel de l'assuré, ne s'est pas basé sur d'autres documents médicaux pour établir les incapacités de travail de ce dernier, de sorte que ses conclusions ne sont pas cohérentes avec les pièces médicales présentes au dossier. En effet, dans un rapport E 213 (ES) du 31 mai 2016 (cf. AI pce 70, qui est par ailleurs identique à l'annexe à TAF pce 1, soit au rapport médical E 213 [ES] du Dr E. _____ daté du 29 juillet 2016), le Dr E. _____ a attesté que le recourant était en mesure d'effectuer un travail adapté à ses limitations fonctionnelles à temps complet (cf. AI pce 70 p. 10). En revanche, dans son rapport du 18 juillet 2016, le médecin du service médical interne de l'OAIE retient une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée, sans pour autant justifier le fait qu'il s'écarte sur ce point de l'appréciation du médecin de l'INSS. Il sied ici de rappeler que le médecin du service médical interne de l'OAIE n'est ni rhumatologue, ni neurologue, mais un médecin généraliste. Quant au médecin de l'INSS, sa spécialisation n'est pas indiquée. De plus, ce dernier n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles le recourant serait apte à travailler à 100% dans une activité adaptée. Enfin, ledit rapport E 213 (ES) diverge d'un autre rapport E 213 (ES) du 18 novembre 2015 établi par le Dr J. _____ (cf. AI pce 38), dans la mesure où ce dernier retient dans une activité adaptée une capacité de travail de moins de 100%. Or, le Dr E. _____ n'explique pas non plus pourquoi il s'écarte sur ce point de l'appréciation de son confrère espagnol. Il en résulte qu'il y a un doute sur le taux d'incapacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée et les rapports E 213 (ES) ainsi que les rapports du médecin du service médical interne de l'OAIE n'ont par conséquent pas valeur probante sur ce point.

E. 7.4.5

Enfin, en ce qui concerne l'activité habituelle de gérant d'une société de nettoyage, force est de constater que le dossier ne contient pas de description précise des tâches exercées par l'intéressé (activités administratives/nettoyage/horaires/dans quelle proportion il effectuait ses différentes tâches, etc. ; cf. à ce sujet également AI pce 67), de sorte que le Dr

C._____ ne pouvait pas se prononcer valablement sur la capacité de travail de l'assuré dans sa dernière activité.

E. 7.5

En définitive, le dossier est trop lacunaire et ne permet pas de porter un jugement fiable sur l'état de santé de l'intéressé et en particulier sur la question de savoir s'il y a une aggravation, une amélioration ou aucun changement de son état de santé. En l'état, le service médical interne de l'OAIE ne pouvait dès lors évaluer de façon cohérente et convaincante les limitations fonctionnelles de l'assuré. Ses appréciations ne sauraient par conséquent se voir reconnaître une valeur probante suffisante.

E. 7.6

Par ailleurs, la prise de position médicale du 31 janvier 2017 de la Dresse F._____, spécialiste FMH en neurologie et médecin du service médical interne de l'OAIE (cf. annexe à TAF pce 19), qui résume les conclusions de divers examens médicaux effectués avant la décision litigieuse et qui se réfère pour le reste essentiellement à des atteintes durables à la santé ayant débutées avant la décision querellée, ne permet pas non plus de remédier aux lacunes du dossier médical constatées précédemment. S'agissant des conséquences de l'examen insuffisant de la situation médicale, il convient de renvoyer au considérant 9 du présent arrêt.

E. 8.1

Ensuite, comme déjà relevé au considérant 4.3, il sied de procéder à l'examen du statut de l'intéressé.

E. 8.2

Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (comparaison des revenus, méthode mixte, comparaison des travaux habituels ou méthode spécifique d'évaluation) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : personne exerçant une activité lucrative à temps complet, personne exerçant une activité lucrative à temps partiel, personne non active. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne concernée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de la personne concernée (arrêt du TF 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). Lorsque la personne concernée accomplit des travaux habituels dans le ménage (art. 27 RAI), il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, ainsi que de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, bien que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3). Il convient également de tenir compte de la volonté hypothétique de la personne concernée, volonté qui, comme fait interne, ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs, établis là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêts du TF 9C_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2 et les réf. cit., et 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid.

3.3).

E. 8.3

En l'occurrence, l'OAIE avait retenu lors de l'instruction de la nouvelle demande de prestations que depuis juillet 2011, l'assuré n'avait ni travaillé, ni participé aux tâches ménagères ni à aucune autre activité malgré sa capacité de travail entière dans son activité habituelle (cf. décision de l'OAIE du 17 septembre 2012 ; AI pce 23) et que, de ce fait, l'intéressé ne subissait aucune perte de gain. L'argumentation de l'autorité inférieure consiste en substance à dire qu'il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de compenser les pertes subies dans une activité qui ne serait pas exercée dans un cas hypothétique de santé, ou autrement dit, si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de se retirer complètement de la vie professionnelle pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Ainsi, avec un taux d'activité (hypothétique) de 0%, il ne pouvait y avoir aucune perte de gain résultant d'une atteinte à la santé qui pourrait justifier un droit à la rente de l'assurance-invalidité (cf. arrêt du TAF C-1541/2016 du 23 août 2017 consid. 4.4).

E. 8.4

Pour fonder son argumentation, l'autorité inférieure s'appuie notamment sur un courrier du recourant du 28 mars 2016 (cf. AI pce 65), dans lequel ce dernier a expliqué que jusqu'au 19 juillet 2011, il avait dirigé sa société de nettoyage de bâtiments et de locaux, que, toutefois, depuis cette date, il avait eu plusieurs procédures d'invalidité temporaire qui l'avaient empêché d'exercer son activité. Puis, en ce qui concerne la période après le 19 juillet 2011, il a précisé ne pas avoir été au chômage, mais avoir été temporairement invalide et, pour pouvoir bénéficier des prestations d'invalidité, la loi espagnole l'avait obligé à continuer à cotiser au système de sécurité sociale espagnol. En outre, il a affirmé n'avoir effectué aucun type d'activité, ne pas avoir eu de hobby, ne pas avoir oeuvré comme bénévole et ne pas avoir participé aux tâches ménagères. Il a expliqué qu'une journée type depuis le 19 juillet 2011 consistait essentiellement à être à la maison, à manger et à marcher tous les après-midis pour récupérer de la parésie.

E. 8.5

Dans un premier temps, il convient donc de déterminer si l'intéressé n'a effectivement plus exercé d'activité lucrative ni consacré son temps à l'accomplissement de travaux habituels à partir du 19 juillet 2011, comme le soutient l'OAIE.

E. 8.5.1

En premier lieu, il appert que les déclarations d'impôts de l'intéressé des années 2013 et 2014 (cf. AI pce 49 p. 15 et 28) attestent de revenus provenant de l'activité indépendante du recourant dans le secteur du nettoyage (cf. chiffre 086 I.A.E. 922 : Servicios de limpieza de interiores [edificios, oficinas, establecimientos comerciales, residencias, centros sanitarios y establecimientos industriales], <https://www.iae.com.es/epigrafes/grupo/1-9-92-922>, consulté le 18 octobre 2019).

E. 8.5.2

Puis, dans le questionnaire pour indépendants et le questionnaire pour assurés non datés, envoyés à l'OAIE dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI en janvier 2016 (cf. AI pces 49 p. 1 ss ; 50), l'intéressé a attesté, d'une part, que la durée de son travail depuis la survenance de l'atteinte à sa santé était de 9 heures par jour et, d'autre part, qu'il

avait dû interrompre son activité pour des raisons de santé uniquement du 19 juillet 2011 au 17 août 2012.

E. 8.5.3

Ensuite, d'après un document de la Trésorerie générale du Ministère de la sécurité sociale espagnol intitulé « informe de vida laboral - situaciones » daté du 16 février 2016, l'intéressé a débuté son activité d'indépendant dans le secteur du nettoyage en septembre 2005 et était toujours enregistré comme personne active en date du 16 février 2016 (cf. AI pce 60 p. 2). Par ailleurs, deux formulaires E 205 (ES) datés du 18 novembre 2015 et du 31 mai 2016, ont attesté de périodes d'assurances de l'assuré de septembre 2005 jusqu'en novembre 2015, respectivement de septembre 2005 jusqu'en avril 2016, très probablement en raison de la continuation d'une activité lucrative après 2011 (l'INSS emploie le même terme [« no asal »] pour décrire la nature des périodes d'assurance et des cotisations après juillet 2011 que celui qu'il avait utilisé pour désigner l'activité de l'intéressé en tant que personne indépendante jusqu'en juillet 2011 ; cf. AI pces 39 p. 2 ; 71 p. 2). Finalement, un document daté du 31 mai 2016 du Ministère de la sécurité sociale au sujet de la rente d'invalidité espagnole atteste de cotisations ininterrompues de l'intéressé de mars 2008 jusqu'en février 2016 (cf. AI pce 74 p. 3).

E. 8.5.4

Il s'ensuit que, même si l'autorité inférieure a procédé à un complément d'instruction économique et malgré les déclarations de l'assuré affirmant ne plus avoir exercé une quelconque activité professionnelle après le 19 juillet 2011, la situation professionnelle de ce dernier n'est toujours pas clairement établie. Dans une telle constellation et conformément au principe du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; ATF 135 I 187 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1 et 129 II 497 consid. 2.2), l'administration aurait été tenue d'investiguer plus avant la situation professionnelle de l'intéressé, notamment en invitant ce dernier à se prononcer à propos desdites contradictions et en demandant aux autorités espagnoles de s'exprimer sur la nature des périodes d'assurance et des cotisations payées jusqu'en 2016, avant de rendre la décision litigieuse. Ainsi, le Tribunal ne peut pas retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré n'a effectivement plus travaillé après le 19 juillet 2011 et l'argumentation de l'autorité inférieure consistant à dire que le recourant ne subissait aucune perte de gain ne saurait être suivie.

E. 8.6

Par ailleurs, lesdits documents concernant la situation économique de l'assuré donnent actuellement l'impression qu'après le 19 juillet 2011, ce dernier avait continué à travailler pour sa société de nettoyage, mais qu'il n'avait pas annoncé cette activité aux autorités de sécurité sociale espagnole et suisse. Or, la question de savoir s'il a effectivement violé son obligation de collaborer ne fait en l'occurrence pas partie de l'objet du litige et devra être examinée une fois que le dossier de l'OAIE aura été complété.

E. 9.1

Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision du 25 juillet 2016 doit être annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA,

bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi 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'avèrent nécessaires (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, il ressort du dossier que la situation économique et médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure. Au demeurant, la mise en place d'une expertise médicale judiciaire n'aurait en l'occurrence pas pour résultat d'élucider l'état de fait de manière complète, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure est justifié.

E. 9.2

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit du recourant à une rente, l'OAIE devra procéder dans un premier temps à un complément d'instruction permettant de clarifier la situation professionnelle de l'intéressé (cf. supra consid. 7.4.5 et 8). Puis, s'il devait s'avérer qu'après le 19 juillet 2011, le recourant a continué à exercer son activité professionnelle, elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé et de son évolution pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Pour ce faire, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie, neurologie, angiologie et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra établir s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé du recourant. L'expertise devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) fixer le début de l'incapacité de travail de longue durée, (iii) indiquer l'évolution dans le temps de l'état de santé du recourant, (iv) établir ses limitations fonctionnelles, et (v) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et une activité adaptée en tenant compte de l'état de santé global et de l'ensemble des limitations fonctionnelles. Afin de répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418), dite expertise devra être faite en Suisse. Sur la base de cette expertise et suite au complément d'instruction économique, l'autorité inférieure devra déterminer le statut de l'assuré, la méthode d'évaluation de l'invalidité (cf. consid. 8) ainsi que le degré d'invalidité de ce dernier et rendre une nouvelle décision.

E. 10.1

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1ère phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

E. 10.2

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 818.- (TAF pces 2 ; 4 ; 5 ; 8) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 10.3

Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut de note de frais, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2 FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (arrêt du TF 9C_637/2013 du 13 décembre 2013 consid. 5.2).

E. 10.4

Le recourant a agi en étant représenté par un avocat (cf. TAF pces 1 ; 12). Au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire du recourant, qui a consisté en la rédaction d'un recours de cinq pages et demie (TAF pce 1), de trois courriers d'une page chacun (TAF pces 6 ; 10 ; 12) et d'une réplique de quatre pages, qui reprend en substance les arguments du recours, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- (sans TVA ; cf. art. cf. 9 al. 1 let. c FITAF, et art 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 al. 1 LTVA), à la charge de l'autorité inférieure. (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.