

BVGer C-5900/2014 vom 20. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5900_2014

FR: TAF C-5900/2014 du 20 septembre 2017

IT: TAF C-5900/2014 del 20 settembre 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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. Or, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), 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

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

E. 2

En vertu de l'art. 40 al. 2 RAI, l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers - dans le cas concret il s'agit de l'OCAS, l'assuré ayant travaillé en tant que frontalier à (...) (voir OCAS docs 7 p. 2 ss). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

E. 3.1

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, 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 l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, 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. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 n° 987/2009).

E. 3.2

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI suisse pour une durée non limitée dans le temps, allant ainsi au-delà du 31 octobre 2014 et, le cas échéant, sur le taux d'invalidité qui devrait être retenu.

E. 5

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 au moins 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 trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6

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 al. 1 LPGA, 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

E. 7

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 au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), 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). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée 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. Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2025).

E. 8

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b). Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 9

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine). 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, 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, et apparaît en général justifié si l'administration 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).

E. 10

En l'espèce, le Tribunal relève que l'intéressé présente au minimum deux affections distinctes, à savoir une sur le plan somatique et l'autre sur le plan psychique. Il s'agit dès lors de distinguer ces deux atteintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, avant de déterminer si la capacité de gain du recourant a été correctement évaluée par l'autorité inférieure.

E. 10.1

Il sied dans un premier temps de relever que le rapport de l'arthroscanner de l'épaule droite daté du 4 novembre 2014, établi par le Dr X. _____ et produit par l'intéressé en procédure de recours (TAF pce 7 ; voir supra, let. D.c), n'est pas de nature à modifier les constats qui précèdent, dans la mesure où il est postérieur à la décision litigieuse. En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Cette nouvelle affection concernant l'épaule droite de l'intéressé n'est dès lors pas pertinente en l'espèce.

E. 10.2.1

Sur le plan somatique, il est admis qu'à la suite d'un accident survenu le 1er février 2011, le recourant a souffert d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Ce diagnostic est retenu par tous les médecins s'étant prononcé sur la question, à savoir en particulier la Dresse L. _____, dans son rapport du 21 juin 2011 (voir supra, let. B.b), le Dr N. _____, dans le rapport intermédiaire du 23 décembre 2011 (voir supra, let. B.b), le Dr O. _____, aussi en date du 23 décembre 2011 (voir supra, let. B.b), et le Dr I. _____, entre autres dans ses rapports du 16 janvier 2012, du 9 février 2012 et du 10 mai 2012 (voir supra, let. B.b, B.d). Enfin, les Drs JK. _____ et LM. _____, de la Clinique, retiennent aussi ce diagnostic, en prenant notamment en compte le fait que l'intéressé a subi une rechute en date du 4 septembre 2015 (voir supra, let. D.f). Ces derniers retiennent encore une tendinopathie de l'infra-épineux et une omarthrose débutante. S'agissant des avis des médecins SMR, ceux-ci retiennent le même diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (voir l'avis du Dr U. _____ du 13 novembre 2012 ; supra, let. B.e), et ne contredisent pas non plus les diagnostics posés à la suite de la rechute survenue en 2015, à savoir ceux d'un amincissement de l'insertion distale du supra-épineux, d'une tendinopathie de l'infra-épineux et d'une omarthrose débutante sans rupture transfixiante (en retenant en revanche que ces affections ne permettent pas de retenir une aggravation durable de l'état de santé du recourant [voir l'avis du 1er février 2016 de la Dresse NO. _____ ; supra, let. D.g]).

E. 10.2.2

En ce qui concerne les conséquences des atteintes à la santé précitées sur la capacité de travail du recourant, le Tribunal constate comme suit : Les rapports médicaux concordent s'agissant de l'incapacité totale du recourant d'exercer son activité habituelle (voir l'avis du Dr O. _____ daté du 23 décembre 2011 [supra, let. B.b] ; les rapports du Dr I. _____ du 13 mars 2012, du 22 mai 2012 [supra, let. B.d], ainsi que du 27 mars 2014 [supra, let. C.e] ; le rapport du Dr S. _____ du 31 juillet 2012 [supra, let. B.d] ; le rapport du Dr V. _____ daté du 28 février 2013 [supra, let. B.f] ; l'avis de la Dresse W. _____ du 2 février 2016 [supra, let. D.h] ; le rapport des Drs JK. _____ et LM. _____ du 5 novembre 2015 [supra, let. D.f]). Le médecin SMR ne s'écarte pas des pièces médicales précitées et retient, dans son avis du 13 novembre 2012, une incapacité totale dans l'activité habituelle de maçon à compter du 1er février 2011 (voir supra, let. B.d). Dans ce contexte le Tribunal doit

relever que s'agissant de la date d'incapacité d'exercer l'activité habituelle, dite incapacité aurait dû être retenue à compter du 10 juin 2011, dans la mesure où l'intéressé a continué à exercer son activité habituelle dans les mois ayant suivi son accident (voir en ce sens l'avis de la Dresse NO. _____ ; supra, let. D.g).

E. 10.2.3

Les avis des médecins présentent ensuite une certaine cohérence s'agissant de la possibilité, pour le recourant, d'exercer une activité adaptée. Ainsi, le Dr I. _____ indique, dans son rapport médical du 10 mai 2012, que son patient n'est pas en mesure d'effectuer une activité requérant de lui qu'il travaille uniquement debout, qu'il marche régulièrement, qu'il travaille avec les bras au-dessus de la tête ou soulève des charges et, enfin, qu'il monte sur des échelles ou des échafaudages (voir supra, let. B.d). Dans le même esprit, le Dr S. _____ note, dans son rapport d'examen du 31 juillet 2012, qu'une activité adaptée est « envisageable », dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir ne nécessitant pas de manutention de charges dépassant les 5 kg et sans élévation du bras au-dessus de l'horizontale (voir supra, let. B.d). Force est en revanche pour le Tribunal de constater qu'il n'est pas possible d'établir avec certitude à partir de quelle date l'intéressé serait revenu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (contrairement à ce qu'affirme le Dr U. _____, médecin SMR qui retient, en date du 13 novembre 2012, une pleine capacité de travail à compter du 31 juillet 2012 ; voir supra, let. B.e). En effet, le Dr U. _____ base exclusivement son avis sur le rapport du Dr S. _____ du 31 juillet 2012 ; or ce dernier ne fait que mentionner un possible retour à une activité adaptée, sans préciser quand exactement l'intéressé pourrait reprendre une telle activité, et encore moins si ce serait avec une pleine capacité de travail, ou au contraire une capacité réduite. Il sied de souligner, dans ce contexte, que le seul fait de relever les limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle ne saurait suffire à démontrer la possibilité pour l'intéressé d'effectuer une activité adaptée à 100%. Certes, le Dr V. _____ constate, dans son rapport établi le 28 février 2013, un retour à une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles : il convient néanmoins de relever que cet avis médical, en plus de ne pas fixer clairement la date d'une telle reprise, a en outre été établi plus d'une demi-année après le rapport du Dr S. _____. Or dans les sept mois séparant ces deux dates, le recourant se trouvait en phase de rémission lente qui faisait suite à l'opération pratiquée sur lui en date du 8 février 2012 ; le recourant était dès lors au bénéfice d'un traitement de physiothérapie, et présentait un état de santé stationnaire (voir le rapport médical intermédiaire du Dr I. _____ daté du 27 novembre 2012 ; supra, let. B.b ; supra, let. B.c ; voir aussi son rapport du 22 mai 2012, supra, let. B.c). Ainsi, s'il n'est pas contesté que l'intéressé était, à cette époque, en mesure d'exercer une activité adaptée (ce que le Dr I. _____ confirme par ailleurs dans son avis du 10 mai 2012 [voir supra]), aucune pièce ressortant du dossier ne permet en revanche de démontrer que cette capacité dans une activité adaptée était totale avant le moment où a été rédigé le rapport du Dr V. _____, soit avant le 28 février 2013. Aucun élément ne permet dès lors de dire, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, pour la période s'étendant du 31 juillet 2012 au 28 février 2013. Le Tribunal constate en revanche que par la suite, la pleine capacité de travail dans une activité adaptée sera systématiquement retenue par les médecins appelés à se prononcer sur la question (à l'exception notable de la Dresse W. _____, qui conditionnera néanmoins son point de vue, exprimé dans son certificat médical du 3 octobre 2014, à l'avis d'un spécialiste confirmant le sien [voir supra, let. D.a]).

E. 10.3.1

Sur le plan psychiatrique, les médecins appelés à se prononcer sur cette question concluent pour la plupart à un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (voir le rapport médical du Dr H. _____ du 11 novembre 2011 [supra, let. B.b], les rapports d'expertises de la Dresse P. _____ du 23 décembre 2011 [supra, let. B.b] ainsi que du Dr Q. _____ et de Madame R. _____ du 21 juin 2012 [supra, let. B.d]). Ce diagnostic est repris par le Dr U. _____ dans son avis SMR du 13 novembre 2012 (voir supra, let. B.e). Le Dr H. _____ relève en outre, en date du 11 novembre 2011, que s'ajoutent à ce diagnostic de l'anorexie, de l'asthénie et des insomnies (voir supra, let. B.b). En ce qui concerne le diagnostic de schizophrénie retenu par le Dr I. _____ (voir supra, let. B.b), celui-ci paraît pour le moins hasardeux, dans la mesure où le Dr I. _____, qui n'est par ailleurs pas psychiatre ou psychologue, mais chirurgien orthopédique, ne justifie pas ce diagnostic et ne fait au contraire que de le mentionner dans le cadre de ses rapports du 9 février 2012 et du 24 mars 2014 (voir supra, let. B.b ; C.e). Dans la mesure où ce dernier diagnostic n'est pas justifié par le Dr I. _____, et qu'il n'est pas confirmé, ni même mentionné dans un autre document médical ressortant du dossier, le Tribunal peut s'en écarter (voir en ce sens l'avis de la Dresse NO. _____ [supra, let. D.g]). S'agissant de la Dresse FG. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, celle-ci relève, dans le rapport psychiatrique du 27 octobre 2015, que l'intéressé présentait, au début de son séjour passé à la CCR, des éléments anxio-dépressifs sur un fond de personnalité narcissique (voir supra, let. D.f). Elle note en revanche comme suit : « au cours du séjour, nous avons assisté à des moments de désorganisation quasi psychotiques, et un désarroi d'apparence authentique. Ce tableau clinique me fait évoquer un trouble de type personnalité schizotypique, caractéristique constitutionnelle antérieure à sa chute. Des mouvements anxio-dépressifs et de désorganisation semblent plus manifestes depuis ses ennuis de santé, et sont, dans les situations de surcharge, susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles au travail ». Le Tribunal constate dès lors que ce rapport psychiatrique, établi sur la base de plusieurs entretiens effectués avec l'intéressé - et satisfaisant par ailleurs aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante (voir supra, consid. 8) - est susceptible de remettre en cause le tableau clinique retenu par l'autorité inférieure, en ce qui a trait à la nature et à la gravité des atteintes psychiques qui pourraient affecter le recourant.

E. 10.3.2

Les premiers avis psychiatriques, sur lesquels l'autorité inférieure s'est basée pour rendre sa décision, s'accordent à dire que la capacité de travail du recourant est conditionnée à sa santé sur le plan somatique, y compris dans l'activité habituelle, et retiennent une pleine capacité de travail à compter du 1er juin 2012 environ (voir les rapports d'expertises de la Dresse P. _____ du 23 décembre 2011 [supra, let. B.b] ainsi que du Dr Q. _____ et de Madame R. _____ du 21 juin 2012 [supra, let. B.d]) ; il est en outre retenu que des précautions doivent être prises sur le lieu de travail (notamment en changeant l'intéressé d'équipe, dans la mesure où l'intéressé s'y sent harcelé ; voir le certificat du Dr H. _____ daté du 2 février 2012 [supra, let. B.b]). Tel n'est en revanche pas le cas du rapport de la Dresse FG. _____, daté du 27 octobre 2015. En effet, et bien que dans son avis SMR du 1er février 2016, la Dresse NO. _____ considère que les médecins de la Clinique ont confirmé l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, le Tribunal constate pourtant que la Dresse FG. _____ retient, dans son rapport, un tableau psychiatrique plus complexe que les seules affections retenues par les autres médecins (allant

jusqu'à évoquer la présence d'un trouble de type personnalité schizotypique [voir supra, consid. 10.2]). Elle estime en ce sens que ces affections psychiatriques sont susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles en cas de surcharge au travail. Dès lors, et contrairement à ce que retient la Dresse NO. _____ dans son avis du 1er février 2016, les médecins de la Clinique n'ont pas écarté la possibilité que l'intéressé puisse encore, à cette date, présenter des limitations fonctionnelles sur le plan psychique. Ainsi, l'avis de la Dresse FG. _____ est susceptible de remettre en cause les précédents avis psychiatriques sur lesquels s'est basée l'autorité inférieure, s'agissant de la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée.

E. 11

Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler que le rapport du service médical de l'Office compétent en matière d'assurance-invalidité doit contenir 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. Le rôle du service médical est ainsi de résumer et de porter une appréciation sur les conclusions déjà existantes et la situation médicale de la personne concernée, ce qui implique aussi de dire sur quelle pièce médicale il y a lieu de se fonder ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, le rapport du service médical de l'Office ne constituant pas un examen médical sur la personne concernée. Ce rapport ne doit pas ainsi poser de nouvelles conclusions médicales (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Le Tribunal considère en conséquence qu'au vu des pièces à leur disposition, les médecins SMR, à défaut d'avoir initialement procédé à une instruction supplémentaire avant d'établir leur avis du 13 novembre 2012, auraient au moins dû par la suite conseiller encore un complément d'instruction, avant de soutenir que les nouveaux documents versés au dossier n'étaient pas susceptibles de changer l'appréciation faite par le SMR à cette date (voir supra, let. B.e).

E. 12.1

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, à compter de quelle date l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique, d'une part, et de répondre, d'autre part, aux questions de savoir quelles affections peuvent ou non être retenues sur le plan psychiatrique, quelles limitations fonctionnelles pourraient en découler le cas échéant, et si, enfin, lesdites limitations seraient susceptibles de modifier le taux d'invalidité retenu s'agissant de la capacité d'exercer une activité adaptée. L'autorité inférieure ne pouvait donc, en se basant sur les pièces médicales au dossier et sur les appréciations de son service médical, conclure à un retour à une pleine capacité de travail à compter du 31 juillet 2012 (voir supra, consid. 8).

E. 12.2

Le renvoi est ainsi indiqué en l'espèce en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (voir art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2]), pour investigations complémentaires et nouvelle décision. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une

situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (voir 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). Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente à compter du 1er juin 2012, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. 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 depuis le début de l'atteinte à la santé, en particulier à compter du 1er juin 2012 (voir art. 43 al. 1 LPG, supra consid. 7). Elle sollicitera une nouvelle expertise médicale interdisciplinaire comprenant en tout cas les volets de psychiatrie, rhumatologie et médecine interne auprès d'un autre MEDAS en Suisse qui se prononcera sur toutes les questions pertinentes du cas d'espèce, notamment sur l'évolution dans le temps des atteintes à la santé et leurs incidences sur la capacité de travail. Il sied de préciser que la coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité ; les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'examens effectués selon le principe d'économicité (voir ATF 139 V 349 consid. 3.3). Dans le cadre de l'établissement de cette expertise, qui devra se conformer aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-avant (voir supra, consid. 8), le recourant disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210.

E. 12.3

Dès lors, et dans la mesure où le recourant a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de *reformatio in pejus*, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir supra, let. F), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 10 septembre 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

E. 13

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de CHF 400.- versée par le recourant au cours de la procédure lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par les mandataires successifs du recourant, il convient d'allouer à ce dernier une indemnité de dépens de CHF 2800.-, à la charge de l'autorité inférieure. (dispositif : page suivante)