

BVGer C-5997/2019 vom 24. Juni 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5997_2019

FR: TAF C-5997/2019 du 24 juin 2020

IT: TAF C-5997/2019 del 24 giugno 2020

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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier 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 au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

E. 1.2

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. 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 LPGA (RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA, les dispositions de cette 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 art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.3

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 (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés de 800. CHF ayant en outre été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA).

E. 2

L'objet de la contestation, auquel doivent se rapporter le recours et la motivation de celui-ci (ATF 131 V 164 consid. 2.1), est circonscrit par la décision du 11 octobre 2019, par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande du 17 octobre 2017 tendant à obtenir des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le recourant requiert le retrait de son capital de prévoyance professionnelle vieillesse en application de la Loi fédérale sur la prévoyance

professionnelle, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP, RS 831.40), il s'écarte de manière irrecevable de l'objet du litige (TAF pce 17 et annexes).

E. 3.1

Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 3.2

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). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

E. 4.2

Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 11 octobre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours. In casu, les pièces établies après la décision litigieuse du 11 octobre 2019 un certificat du 22 octobre 2019 du Dr E._____, un bulletin du 28 octobre 2019 des Hôpitaux F._____, un

compte rendu opératoire du 5 novembre 2019 du Dr G. _____, une liste du 7 novembre 2019 attestant d'un traitement de kinésithérapie suivi auprès de H. _____, un certificat du 7 novembre 2019 du Dr I. _____, une prescription du 12 décembre 2019 de la Dresse J. _____, un certificat du 9 janvier 2020 du Dr K. _____ et un rapport du 10 mars 2020 de L. _____ seront prises en considération dès lors qu'elles sont étroitement liées à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. consid. 8 et 10 infra.).

E. 5

La présente procédure présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France voisine, et ayant travaillé en Suisse.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), 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. En l'occurrence, le recourant vivant à (...) où il est domicilié à tout le moins depuis le dépôt de la demande du 17 octobre 2017 (Dossier AI doc. 2 p. 55-63/227), c'est à juste titre que C. _____ a procédé à l'instruction de la cause, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

E. 5.2

En outre, la cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). 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 au règlement n° 883/2004 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. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit 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 TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 6

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré 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 entières de

cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, 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 (FF 2005 p. 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, il ressort de l'extrait du compte individuel du recourant, que celui-ci compte plus de trois années de cotisations à l'AVS/AI, de sorte qu'il remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations (Dossier AI doc. 11 pp. 120-121/227). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

E. 7.2

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 (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

E. 7.3

Selon l'art. 7 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

E. 7.4

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, 1ère phrase 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 l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 8.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal 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 TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 8.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Ainsi, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu.

E. 8.3

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012

consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 9

En l'espèce, l'instruction de la cause a porté au dossier la documentation principale suivante: un rapport établi le 30 mai 2017 par le Dr M. _____ (spécialiste en médecine générale) qui constate des séquelles résultant d'une paralysie radiale traumatique du bras gauche survenue durant l'enfance et d'une arthroïdèse du poignet gauche effectuée en 1997 (fracture traumatique du scaphoïde gauche avec greffe et arthroïdèse) ; comme diagnostics incapacitants, il retient une lombosciatique gauche non déficitaire et actuellement guérie et une récurrence de thrombophlébite de la veine sous-clavière et humérale du bras gauche (le premier épisode ayant lieu en 2014); l'atteinte au niveau de la veine sous-clavière et humérale du bras gauche n'est pas stabilisée et justifie une incapacité totale de travail depuis le 12 février 2017, mais devrait permettre la reprise d'une activité lucrative adaptée - soit sans de port de charges lourdes ni mouvements du bras gauche au-dessus du buste à 80% dans les 6 semaines, puis à 100% dans les deux semaines, sous réserve d'une évolution satisfaisante (Dossier AI doc. 1 pp. 48-52/227) ; un rapport d'écho-doppler veineux du bras, du creux axillaire et de la région claviculaire gauches établi le 27 juin 2017 par le Dr N. _____ (spécialiste en imagerie médicale et radiodiagnostic) constatant une thrombose fixée séquellaire d'une des veines humérales (Dossier AI doc. 1 p. 44/227) ; une ordonnance du 17 juillet 2017 du Dr E. _____ (spécialiste en pathologie cardio-vasculaire) prescrivant un anticoagulant pour une durée de 3 mois (TAF annexe pce 1) ; un rapport de doppler veineux du membre supérieur gauche réalisé le 21 juillet 2017 par le Dr O. _____ (spécialiste en radiologie) constatant une thrombose séquellaire inchangée d'une veine humérale et une thrombose de la partie supérieure de la veine céphalique qui est douloureuse et incompressible (TAF annexe pce 1) ; un rapport du 25 août 2017 du Dr E. _____ (spécialiste en pathologie cardio-vasculaire) observant une récurrence phlébitique favorisée par les efforts physiques et mouvements du bras gauche déjà handicapé, ainsi que la présence de vieilles thromboses au niveau de la veine sous-clavière gauche proximale chez un patient présentant des risques de rechute thrombotique (Dossier AI doc. 1 pp. 46-47/227) ; rapport du 20 septembre 2017 du Dr P. _____ (médecin traitant généraliste) retenant une récurrence de la phlébite du membre supérieur gauche, un état dépressif consécutif à l'état de santé et au chômage de l'assuré, ainsi qu'une incapacité totale de travail

dès le 17 juillet 2017 (Dossier AI doc. 1 pp. 42-43/227) ; un rapport de doppler veineux du membre supérieur gauche réalisé le 24 octobre 2017 par la Dresse Q. _____ (spécialiste en radiologie) évoquant un thrombus à la jonction de la veine sous-clavière et de la veine axillaire gauche, le reste de la veine axillaire gauche étant difficile à examiner (TAF annexe pce 1) ; un rapport médical de réadaptation professionnelle du 31 octobre 2017 établi par le Dr P. _____ (médecin traitant généraliste) retenant les diagnostics de phlébite récidivante au niveau des veines sous-clavière et humérale ainsi que d'un syndrome dépressif réactionnel, entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de traiteur en boulangerie, mais permettant l'exercice à plein temps d'une activité adaptée (Dossier AI doc. 6 pp. 87-90/227); un rapport médical de réadaptation professionnelle daté - par C. _____ du 6 novembre 2017, dans lequel le Dr E. _____ (spécialiste en pathologie cardio-vasculaire) diagnostique une thrombose sous-clavière gauche occasionnant des douleurs, un oedème et une impotence totale du bras gauche et entraînant une incapacité de travail totale depuis le 12 février 2017, une aptitude à la réadaptation étant prévue à 50% à partir du 12 juillet 2017 (Dossier AI doc. 7 pp. 93-98/227) ; un rapport final SMR du 7 novembre 2018 du Dr R. _____ (spécialisation non indiquée) posant les diagnostics de thrombose veineuse profonde (TVP) récidivante du membre supérieur gauche, de thrombose sous-clavière du membre supérieur gauche multifactorielle et pose d'un stent, entraînant une incapacité de travail dans l'activité de traiteur en boulangerie dès le 12 février 2017, mais permettant l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du bras gauche à savoir sans élévation du bras au-dessus de la ligne de l'épaule, sans port répétitif de charges supérieures à 15 kg à 100% dès juillet 2017, la pause d'un stent prévue le 20 avril 2018 n'étant pas incapacitante sur le long terme (Dossier AI doc 24 pp. 141-142/227) ; un rapport d'écho doppler veineux du membre supérieur gauche réalisé le 10 janvier 2018 par le Dr S. _____ (spécialiste en radiologie) constatant des antécédents de fracture du scaphoïde traitée par ostéosynthèse et compliquée d'une thrombose veineuse, des antécédents de lésion traumatique bicipitale avec greffe du nerf radial et des douleurs brachiales externes persistantes au niveau d'une tuméfaction de la région cicatricielle ; observant, au niveau de la région douloureuse cicatricielle du tiers inférieur et externe du bras, une masse oblongue de 7 cm de grand axe et de 6 à 12 mm de diamètre évoquant des lésions inflammatoires résultant d'une greffe nerveuse radiale plutôt que d'une thrombose focalisée (TAF annexe pce 1) ; un rapport du 15 janvier 2018 du Dr T. _____ (spécialiste en neurologie) constatant des douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche, des antécédents de phlébites à répétition sur ce membre et de section du nerf radial gauche, greffée, compliquée d'une algodystrophie et concluant à une souffrance axonale du nerf radial gauche d'aspect chronique et ancienne (TAF annexe pce 1) ; un rapport d'IRM du bras gauche réalisée le 21 février 2018 par le Dr S. _____ (spécialiste en radiologie) constatant un remaniement cicatriciel de la région brachiale et une petite thrombose veineuse focale (TAF annexe pce 1) ; un rapport de scintigraphie osseuse réalisée le 16 août 2018 par le Dr U. _____ (spécialisation non indiquée) concluant à l'absence de signe d'activité algodystrophique pour l'ensemble du membre inférieur recte : supérieur gauche à corrélérer avec l'ensemble du bilan neurologique afférent (TAF annexe pce 1) ; une ordonnance du 27 novembre 2018 du Dr E. _____ (spécialiste en pathologie cardio-vasculaire) prescrivant à l'assuré la prise d'anticoagulants (TAF annexe pce 1) ; un certificat du 22 octobre 2019 du Dr E. _____ (spécialiste en pathologie cardio-vasculaire) attestant de consultations pour des problèmes circulatoires effectuées le 10 mai 2017, le 28 août 2017, le 28 octobre 2017, le 28 novembre 2018 et le 3 décembre 2018 (TAF annexe

pce 1) ; un bulletin du 28 octobre 2019 des Hôpitaux F. _____ faisant état de consultations dans leur établissement notamment les 21 avril 2017, 4 mai 2017, 18 juillet 2019 et 16 août 2019 (TAF annexe pce 1 ; Dossier AI doc. 32 p. 198/227) ; un compte rendu du 5 novembre 2019 du Dr G. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique du membre supérieur) relatant une exploration chirurgicale pratiquée le 20 avril 2018 afin de réaliser une neurolyse et une recherche de névrome à la suite de douleurs de type névromateuse sur la face externe du bras gauche avec un antécédent, datant d'une trentaine d'années, de greffe au saphène externe nerveuse (TAF annexe pce 1) ; un certificat du 7 novembre 2019 du Dr I. _____ (médecin urgentiste auprès du Centre V. _____) certifiant avoir examiné l'assuré le 10 janvier 2018 (TAF annexe pce 1) ; une liste du 7 novembre 2019 établissant les séances de kinésithérapie suivies par le recourant jusqu'à ce jour depuis le 3 novembre 2017 auprès de H. _____ (masseuse kinésithérapeute diplômée, spécialiste en rééducation des mains TAF annexe pce 1) ; une ordonnance du 12 décembre 2019 de la Dresse J. _____ (spécialisation non indiquée) prescrivant la prise d'un antidépresseur (Citalopram), d'un anticoagulant (Xarelto) ainsi qu'un traitement contre les douleurs neuropathiques chroniques (Prégabaline TAF annexe pce 12) ; un certificat du 9 janvier 2020 du Dr K. _____ (médecin urgentiste auprès du Centre V. _____) constatant, au moindre effort, une lésion avec recrudescence d'un oedème et d'une impotence fonctionnelle du bras gauche (TAF annexe pce 12) ; un avis SMR du 4 février 2020 de la Dresse D. _____ (spécialisation non indiquée) selon lequel les rapports médicaux produits en instance de recours établissaient que l'assuré présentait de nouvelles complications médicales, notamment de nouvelles thromboses veineuses ainsi qu'un cordon inflammatoire, et qu'il souffrait de douleurs neurogènes persistantes, avec déficits sensitifs et moteurs, nonobstant l'intervention chirurgicale d'avril 2018; les douleurs neurogènes ainsi que la prise en charge médicamenteuse pouvaient avoir des conséquences sur la capacité de travail ; ces divers renseignements médicaux qui étaient inconnus du SMR lors de l'établissement de son rapport final du 7 novembre 2018, indiquaient que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas stabilisé dès juillet 2017 et qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée n'était pas encore atteinte, de sorte qu'il convenait de requérir l'avis des spécialistes de la douleur et des divers intervenants médicaux consultés après juillet 2017 (Dossier AI doc. 36 pp 211-212/227 ; TAF annexe pce 14) ; un rapport du 10 mars 2020 de L. _____ (infirmière spécialisée dans le domaine des douleurs chroniques auprès des Hôpitaux F. _____) attestant avoir reçu l'assuré en consultation le 18 juillet 2019 dans le cadre de douleurs neuropathiques du bras gauche, avoir mis en place une neurostimulation électrique transcutanée, stoppée après un mois compte tenu de douleurs plus fortes et d'un oedème en haut du bras en résultant(TAF annexe pce 17).

E. 10.1

Par décision du 11 octobre 2019, l'OAIE a rejeté la demande de prestations du recourant, considérant qu'il avait subi une incapacité totale de travail depuis le 12 février 2017, qu'il avait recouvré une capacité entière de travail dans une activité adaptée à son état de santé dès le mois de juillet 2017 et qu'il présentait dès lors un degré d'invalidité (0%) insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente (Dossier AI doc. 28 et 29 pp. 151-155/227, doc. 31 p. 160-163/227). A l'appui de ces considérations, l'autorité inférieure s'est fondée sur un rapport final SMR établi le 7 novembre 2018 par le Dr R. _____ (spécialisation non indiquée). Dans ce rapport, le médecin - conseil retient les diagnostics de thrombose veineuse profonde du membre supérieur gauche récidivante, de thrombose sous-clavière du membre supérieur gauche multifactorielle et de pose d'un Stent. Il conclut à une incapacité

totale de travail du recourant dans son métier de traiteur en boulangerie depuis le 12 février 2017 et retient une capacité de travail totale recouvrée dès juillet 2017 dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles de son bras gauche, à savoir sans élévation de ce dernier au-dessus de la ligne de l'épaule ni port de charges excédant 15 kg de manière répétitive, la pause d'un Stent prévue le 20 avril 2018 n'étant pas incapacitante sur le long terme (Dossier AI doc. 24 pp. 141-142/200).

E. 10.2

Le recourant, qui conteste avoir retrouvé une capacité entière de travail dans une activité lucrative adaptée à son état de santé depuis juillet 2017, a produit en instance de recours diverses pièces médicales établissant : - qu'il a souffert de thrombose veineuse au niveau du bras gauche en juillet 2017, en octobre 2017 et en janvier 2018 (cf. doppler veineux du 21 juillet 2017 du Dr O._____, doppler veineux du 24 octobre 2017 de la Dresse Q._____, rapport du 10 janvier 2018 du Dr S._____; certificat du 7 novembre 2019 du Dr I._____ TAF annexes pce 1) ; - qu'il a présenté des douleurs neurogènes persistantes (cf. rapport du 15 janvier 2018 du Dr T._____, compte rendu opératoire du 5 novembre 2019 du Dr G._____ et ordonnance du 12 décembre 2019 de la Dresse J._____ TAF annexe pce 1) ; - que le 20 avril 2018, il a subi une intervention chirurgicale au niveau du bras gauche avec neurolyse de l'ancienne greffe radiale en raison de douleurs neurogènes et de thromboses à répétition (cf. compte rendu opératoire du 5 novembre 2019 du Dr G._____ TAF annexe pce 1) ; - qu'en juillet 2019, il a souffert de douleurs plus fortes et présenté un oedème en haut du bras gauche consécutifs à la mise en place d'une neurostimulation électrique transcutanée effectuée le 18 juillet 2019 et stoppée le 16 août 2019 (cf. rapport du 10 mars 2020 de L._____ TAF annexe pce 17) ; - qu'en janvier 2020, il a été médicalement constaté que le moindre effort entraînait une lésion avec recrudescence d'un oedème et d'une impotence fonctionnelle du bras gauche (cf. certificat du 9 janvier 2020 du Dr K._____ TAF annexe pce 17). Depuis juillet 2017, le recourant a ainsi souffert de manière persistante de thrombose veineuse profonde et de douleurs neurogènes associées à des déficits sensitifs et moteurs au niveau du bras gauche. Ces troubles ont nécessité un suivi régulier de kinésithérapie, la prise d'anticoagulants et de médicaments contre les douleurs neuropathiques, une intervention chirurgicale en avril 2018 ainsi que la mise en place d'une neurostimulation électrique transcutanée en juillet 2019. Ils ont entraîné une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de traiteur en boulangerie depuis le 12 février 2017, ainsi que dans une activité lucrative adaptée (cf. rapport SMR du 4 février 2020 Dossier AI doc. 36 pp. 211-213/227). Dans ces circonstances, force est de constater qu'en juillet 2017, l'état de santé somatique du recourant ainsi que la capacité de travail correspondante n'étaient aucunement stabilisées. Ces atteintes sont dûment documentées par pièces au dossier. Le SMR a admis ne pas en avoir eu connaissance lors de l'établissement de son rapport du 7 novembre 2018, sur lequel la décision litigieuse est fondée.

E. 10.3

Par ailleurs, un état dépressif réactionnel à l'état de santé du recourant et à la perte de son emploi a été observé en septembre 2017 (cf. rapport du Dr P._____ [Dossier AI doc. 1 pp. 42-43/227]). Un mandat d'expertise médicale comportant notamment un volet psychiatrique a été confié le 26 octobre 2017 aux Drs W._____ (spécialiste en psychiatrie) et X._____ (spécialiste en médecine interne), experts au service de la Clinique Y._____ (cf. courrier du 4 octobre 2017 de l'assureur perte de gain maladie du recourant [Dossier AI doc. 1 p. 33/227]). La prise d'antidépresseurs a été prescrite au

recourant en décembre 2019 (cf. ordonnance de la Dresse J._____ TAF annexe pce 12). Il apparaît ainsi qu'une symptomatologie psychiatrique semble s'être ajoutée aux troubles sommatiques.

E. 10.4

Cela étant, le Tribunal constate, à l'instar de l'autorité inférieure, que la décision du 11 octobre 2019 a été rendue sur la base d'une instruction médicale incomplète et d'un état de santé qui n'était pas stabilisé. Aussi l'autorité inférieure n'a-t-elle pas pris toutes les mesures ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause sur la demande de prestations d'invalidité du recourant, cela en violation de l'art. 43 LPGA. Dans ces circonstances, le Tribunal ne voit pas de motifs justifiant de s'écarter des conclusions concordantes des parties tendant à admettre le recours, à annuler la décision attaquée et à renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction. En particulier, l'administration est invitée à instruire de façon précise et circonstanciés l'état de santé du recourant notamment sous l'angle neurologique, orthopédique et psychiatrique, à dresser les limitations fonctionnelles subies par le recourant au niveau du bras gauche, à évaluer de façon précise et cohérente la capacité de travail de ce dernier dans son activité lucrative habituelle ainsi que dans une activité lucrative adaptée à son état de santé. Sur plan psychiatrique, l'administration veillera en particulier à dûment instruire l'état de santé correspondant du recourant, étant rappelé que les rapports d'expertises réalisées par la Clinique Y._____ sont dépourvus de valeur probante compte tenu des dysfonctionnements ayant entaché le bon fonctionnement de celle-ci (cf. arrêt 2C_32/2017 rendu le 22 décembre 2017 par le Tribunal fédéral, consid. 6-7 ; ATF 144 V 258 consid. 2.3.2). Le cas échéant, l'administration ordonnera la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines précitées en faisant appel à des experts indépendants (art. 44 LPGA), désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P (cf. art. 72bis al. 2 RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Si d'autres évaluations que celles susmentionnées se révèlent nécessaires au regard de l'ensemble des plaintes et des atteintes à la santé constatées, les experts en ordonneront la mise en oeuvre, attendu qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (arrêt du TF 8C_124/2009 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid 3.2). Le recourant étant domicilié en France, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]), il est en l'espèce justifié, dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit une question déterminante pour l'examen du droit à des prestations AI (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2).

E. 11

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé.

E. 11.1

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al.1 PA ; ATF 132 V 21 consid. 5.6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (pces TAF 3 et 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

E. 11.2

Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 PA et 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]). En l'espèce, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (cf. art 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure sur la page suivante).

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