

BVGer C-6319/2017 vom 16. November 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6319_2017

FR: TAF C-6319/2017 du 16 novembre 2020

IT: TAF C-6319/2017 del 16 novembre 2020

Regeste

Droit à 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 administratif fédéral 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 PA, prises par l'OAIE. En vertu 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. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontrière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

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 9 novembre 2017 est recevable quant à la forme. Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine et travaillait en Suisse jusqu'au 2 mai 2013, date à partir de laquelle il n'a plus repris d'activité professionnelle (cf. AI pce 1 ss), il doit être qualifié de frontalier si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ et les décisions du 5 octobre 2017 notifiées par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI ; cf. AI pces 4 ; 144).

E. 2.1

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant italo-suisse, vivant en France - Etat membre de l'Union européenne (UE) - a été assuré en Suisse de nombreuses années en y ayant travaillé comme frontalier (cf. AI pces 1 ; 10 ; 78). 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 (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2 ; 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 par ailleurs 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). Cela étant, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont de règle générale déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

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).

E. 2.3

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait jusqu'au jour des décisions litigieuses, soit le 5 octobre 2017. Les éléments de fait postérieurs à la date des décisions litigieuses ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de fait antérieur aux décisions attaquées (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1). En l'espèce, les rapports médicaux établis après le 5 octobre 2017 (cf. annexe à TAF pce 7 ; annexes 12 et 13 à TAF pce 10 ; annexe à TAF pce 12) 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'aux décisions sujettes à recours.

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176).

E. 4

En l'espèce, l'administration, par cinq décisions datées du 5 octobre 2017, a conclu que le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité du 1er juin 2014 au 31 mars 2015 (cf. AI pce 144 p. 1 ss), et, suite à une amélioration de son état de santé à partir du 15 décembre 2014, à une demi-rente du 1er avril 2015 au 31 juillet 2016 (cf. AI pce 144 p. 17 ss) ainsi qu'à une demi-rente illimitée dans le temps à partir du 1er mars 2017 (cf. AI pce 144 p. 27 ss), y compris à des rentes pour enfants correspondantes. Pour sa part, l'assuré estime avoir droit à une rente d'invalidité entière illimitée dans le temps également après le 31 mars 2015. Au vu des conclusions et des motifs du recours, est ainsi litigieux uniquement le point de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente à partir du 1er avril 2015. Toutefois, selon une jurisprudence constante, dans le cadre de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (cf. à ce sujet ATF 125 V 413 consid. 2d ; 131 V 164 consid. 2.2 et 2.3 ; arrêt du TFA I 486/99 du 28 août 2000 consid. 1 ; arrêt du TAF C-1401/2016 du 1er novembre 2017 consid. 1). Il convient donc en l'espèce également d'examiner si l'administration a octroyé à juste titre une rente entière à l'assuré pour la période courant du 1er juin 2014 au 31 mars 2015.

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). Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 5.2

En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 décembre 2013 (cf. supra let. B.a ; cf. AI pces 1 et 2), si bien que le Tribunal doit examiner si le recourant avait droit à une rente le 1er juin 2014 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 5 octobre 2017, date des décisions attaquées.

E. 6.1

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI).

E. 6.2

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse entre mars 1984 et décembre 2015 (cf. AI pces 10 ; 78) pour une durée dépassant nettement les trois années minimales de cotisations requises. Partant, il remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

E. 7.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, 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). 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. 7.2

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. 7.3

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. 8

Selon la jurisprudence, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction ou son augmentation, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 qui n'est pas publié dans les ATF 137 V 369 ; Margrit Moser-Szeless, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n° 9 ad art. 17). Dès lors, elle doit se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI par analogie (ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du TFA I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2719/2016 du 25 avril 2019 consid. 5.6). Son al. 1 dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 9.1

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. 9.2

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. 9.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 9.3.1

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. 9.3.2

Les SMR peuvent procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent avoir même valeur probante s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3) et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en outre largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. L'expert doit alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1).

E. 9.3.3

S'agissant des rapports du SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci 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], 2011, p. 799 n° 2920 ss).

E. 9.3.4

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. 9.4

Au demeurant, dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible, la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 121 V 45 consid. 2a).

E. 10.1

En l'occurrence, pour fonder ses décisions du 5 octobre 2017, l'OAIE se repose largement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique effectué sur la personne de l'assuré par le Dr D. _____ du SMR en date du 9 octobre 2015 (cf. supra let. B.a et AI pce 55), qui constitue un rapport médical du SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI (cf. supra consid. 9.3.2). De plus, il se fonde sur les rapports médicaux subséquents du SMR, à savoir notamment les avis du SMR du 16 février 2016 de la Dresse F. _____ (cf. AI pce 62), du 17 février 2017 de la Dresse J. _____ (cf. AI pce 103) et du 4 septembre 2017 du Dr O. _____ (cf. AI pce 138), qui constituent des rapports médicaux sur dossier du SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI (cf. supra consid. 9.3.3). Les Drs F. _____, J. _____ et O. _____ confirment en substance les diagnostics de l'assuré, ses limitations fonctionnelles et incapacités de travail dans l'activité habituelle de concierge et dans une activité adaptée retenus par le Dr D. _____ (cf. supra let. B.b ; B.c ; B.g).

E. 10.2

Dans ses écritures (cf. TAF pce 1 ; 10 ; 19 ; supra consid. C.a), l'intéressé conteste en substance la valeur probante de l'ensemble des rapports médicaux établis par le SMR, au motif qu'ils ne tenaient pas compte de l'ensemble de son tableau clinique et du fait que son état de santé rhumatologique s'était dégradé de manière appréciable depuis l'examen pratiqué par le Dr D. _____ du SMR en octobre 2015. Par ailleurs, il fait valoir que la Dresse J. _____ du SMR n'était pas une spécialiste FMH en rhumatologie.

E. 10.3

Dans un premier temps, le Tribunal constate que le rapport d'examen clinique rhumatologique effectué sur la personne de l'assuré par le Dr D. _____ ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. supra consid. 9.2 et 9.3.2).

E. 10.3.1

En effet, ledit spécialiste a omis d'établir le taux de capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles exclusivement rhumatologiques. Ainsi, il a retenu chez l'assuré un taux d'incapacité de travail de 30% depuis le 15 décembre 2014 dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, précisant expressément que cette incapacité de travail tenait également compte de la possible fatigue présentée par l'assuré dans le cadre d'un status après lobectomie inférieure gauche pour adénocarcinome pulmonaire (cf. AI pce 55 p. 12).

Par ailleurs, force est de constater qu'aucun autre document médical au dossier ne permet d'établir ledit taux. Le dossier médical de l'OAIE s'avère dès lors lacunaire sur ce point.

E. 10.3.2

De plus, le Tribunal relève qu'au status ostéoarticulaire et neurologique, le Dr D._____ a observé que l'assuré se plaignait à plusieurs reprises de douleurs au niveau de la colonne dorsale, à savoir de douleurs à la palpation de tout le rachis cervico-dorso-lombaire, de douleurs de la charnière cervico-dorsale lors de la flexion et extension cervicale ainsi que de douleurs de la colonne cervico-dorso-lombaire lors de la rotation cervicale (cf. AI pce 55 p. 6 et p. 9). Malgré lesdites plaintes de l'assuré et en dépit de l'absence au dossier médical d'examens objectifs (p.ex. RX/IRM) de la colonne dorsale, le médecin n'a pas procédé à de tels examens complémentaires, de sorte que son rapport ne se fonde pas sur des examens complets.

E. 10.4

Dans un deuxième temps, force est de constater que le dossier médical de l'OAIE est également lacunaire s'agissant de l'évaluation de l'impact du status après lobectomie inférieure gauche pour adénocarcinome pulmonaire du lobe inférieur gauche (pT1N0) sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée et de son évolution dans le temps.

E. 10.4.1

Dans son rapport d'examen clinique rhumatologique daté du 26 octobre 2015, le Dr D._____ a retenu que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les pathologies ostéoarticulaire et pulmonaire, la capacité de travail du recourant était de 0% du 2 mai 2013 jusqu'au 14 décembre 2014 (cf. à ce sujet également le rapport du SMR du 16 février 2016 ; AI pces 55 p. 1 et p. 12 ; 62). A partir du 15 décembre 2014, « date à laquelle le Dr E._____ n'avait pas constaté de récurrence de l'adénocarcinome et des fonctions pulmonaires normales et améliorées par rapport à septembre 2013 », le rhumatologue a attesté d'une capacité de travail de 70%. Par ailleurs, il a signalé que du point de vue oncologique et pneumologique, cette évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire devait encore être confirmée par le Dr E._____, pneumologue traitant de l'intéressé, dès lors que ce dernier ne s'était pas encore prononcé sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. AI pce 55 p. 12).

E. 10.4.2

Même si l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ a recueilli par la suite des renseignements médicaux complémentaires auprès dudit pneumologue (cf. AI pces 56 ; 57 ; 59 ; 60), le Dr E._____ ne s'est pas prononcé au sujet des incapacités de travail engendrées par le problème pulmonaire. Ainsi, contrairement à ce qu'estime le SMR dans son rapport médical du 16 février 2016 (cf. AI pce 62), le Dr E._____ n'a pas confirmé l'évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée établie par le Dr D._____ (cf. AI pce 60). Par ailleurs, hormis un rapport médical du 20 février 2014 du Dr T._____ du Service de chirurgie thoracique de l'Hôpital U._____ attestant d'une incapacité de travail de 100% dans l'activité de concierge du 20 août 2013 au 3 septembre 2013 (cf. AI pce 17 p. 2 ss ; 19 p. 5), aucun document médical au dossier ne fait état d'incapacités de travail engendrées par la pathologie pulmonaire. Les médecins du SMR, qui ne sont pas des spécialistes en pneumologie, ont donc établi les taux d'incapacités de travail relatifs à ladite atteinte sur la base de leur seule expérience médicale et non sur la

base d'un dossier médical complet, de sorte que leurs rapports médicaux sont dépourvus de valeur probante.

E. 10.4.3

Puis, s'agissant de l'évolution dans le temps de l'état de santé pulmonaire, le Tribunal constate que l'on ne peut pas se baser sur les appréciations du Dr D. _____ et des autres médecins du SMR dès lors que ceux-ci n'ont pas suffisamment motivé les raisons pour lesquelles ils ont retenu qu'en date du 15 décembre 2014, la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée s'était améliorée de manière notable. En effet, l'on ne peut pas exclure en l'état du dossier qu'elle ne s'était pas déjà améliorée bien avant le 15 décembre 2014 dès lors qu'il ressort du dossier que suite à la lobectomie pulmonaire le 21 août 2013 (cf. AI pce 34 p. 3 s.), un groupe d'experts du « tumor board poumon » s'était réuni le 3 septembre 2013 et avait conclu à un stade IA avec résection en totalité et marges saines, qui ne nécessitait pas de traitement adjuvant (cf. AI pce 34 p. 5 s.). Puis, lors des examens cliniques effectués en date des 10 et 12 septembre 2013, le Dr E. _____ avait observé des fonctions pulmonaires dans les limites de la norme, confirmé l'absence d'un syndrome restrictif et attesté qu'une radiographie du thorax effectuée après l'intervention chirurgicale ne montrait pas d'image suspecte (cf. AI pce 34 p. 5 ss). Par ailleurs, les CT-scans thoraciques effectués en février, août, décembre 2014 et ultérieurement ont tous confirmé l'absence de récurrence tumorale (cf. AI pces 39 p. 3 s ; 54 p. 2 ; 128) et l'exploration fonctionnelle respiratoire en mars 2014 a confirmé que les fonctions pulmonaires étaient normales (cf. AI pce 39 p. 7).

E. 10.5

Dans un troisième temps, il subsiste en l'état du dossier un doute sur l'existence chez l'assuré d'un ou de plusieurs troubles psychiques invalidants.

E. 10.5.1

En effet, le médecin traitant, le Dr I. _____, a retenu chez le recourant le diagnostic d'une dysthymie réactionnelle en juillet 2013 (cf. AI pce 11). Puis, lors de l'examen clinique rhumatologique effectué sur la personne de l'assurée en date du 9 octobre 2015 (cf. AI pce 55), le Dr D. _____ a noté que « l'assuré dit que son moral ne serait pas bon. Il se renferme sur lui-même et aurait cherché à s'isoler depuis son opération. Il n'aurait pas d'idées noires, mais parfois des idées suicidaires, avec envie de se pendre lorsqu'il marche avec son chien, mais cette envie a diminué avec l'évolution favorable de son cancer. Actuellement, il ne passerait pas à l'acte, son problème pulmonaire s'étant amélioré. Il arriverait cependant à l'assuré de pleurer tout seul en se cachant de sa famille » (cf. AI pce 55 p. 5 et 11). Par ailleurs, lors de l'examen rhumatologique, le Dr D. _____ a remarqué chez le recourant un comportement algique marqué, avec une importante démonstrativité et de nombreux signes de non organicité selon Waddel et un signe de non organicité selon Kummer, suspectant ainsi une majoration des symptômes pour des signes psychologiques. Ainsi, le Dr D. _____ a proposé au médecin responsable du dossier au SMR d'évaluer la nécessité d'un examen psychiatrique complémentaire (cf. AI pce 55 p. 13). Toutefois, le SMR ne s'est pas prononcé sur la nécessité d'un tel examen (cf. AI pces 56 ; 62 ; 103 ; 138). Par ailleurs, dans un courriel du 2 mars 2016, le recourant a lui-même signalé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton C. _____ qu'il était « en dépression profonde » (cf. AI pce 65 p. 2).

E. 10.5.2

Même si les Drs I. _____ et D. _____, qui ne sont pas des spécialistes FMH en psychiatrie, n'ont pas posé de diagnostics psychiatriques selon un système de classification reconnu ni examiné le caractère invalidant de ceux-ci conformément aux exigences jurisprudentielles (cf. supra consid. 7.3) et que la valeur probante de leurs 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 d'un ou de plusieurs troubles psychiques invalidants. Le dossier médical s'avère dès lors également lacunaire sur ce point.

E. 10.6

Dans un quatrième temps, il subsiste un doute quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé rhumatologique après l'examen effectué par le Dr D. _____ en date du 9 octobre 2015 (cf. AI pce 55) qui pourrait avoir un impact sur les limitations fonctionnelles de l'assuré ainsi que sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir notamment une aggravation des atteintes situées aux niveaux de la colonne cervicale, des mains et de l'épaule gauche.

E. 10.6.1

En effet, alors que le Dr D. _____ avait noté lors de son examen du 9 octobre 2015 que l'assuré signalait des fourmillements intermittents de tous les doigts de la main gauche, qu'il présentait également des épisodes de crampes en flexion des doigts qui s'étaient pourtant améliorées sous magnésium, qu'il présentait parfois des lâchages d'objets avec la main gauche, comme des verres ou des lettres, « mais [que] l'assuré est droitier » (cf. AI pce 55 p. 4 et 9) et que les cervicobrachialgies intervenaient dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales situées en C5-C6, C6-C7 gauche et canal cervical étroit (CIM-10 : M54.2 ; cf. AI pce 55 p. 9), la rhumatologue traitant, la Dresse H. _____, a fait état dans son rapport médical du 31 janvier 2017 d'engourdissements des mains désormais des deux côtés lors de l'utilisation de l'informatique dans le cadre de la réadaptation (cf. supra let. B.c) et constaté qu'une échographie du 12 septembre 2016 montrait nouvellement un épaississement réactionnel de l'épaule gauche ainsi qu'une atteinte dégénérative (rhizarthrose) de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce avec remodelage dégénératif métacarpien du deuxième rayon gauche (cf. AI pces 99 ; 143). Par ailleurs, le 1er juin 2017, le Dr N. _____, qui se basait sur une nouvelle IRM effectuée en date du 18 mai 2017, a confirmé une aggravation des lésions de la colonne cervicale situées notamment en C6-C7. Ainsi, il a relevé qu'en C6-C7, le débord discal latéralisé initialement à gauche était progressif et plus large qu'en 2013 et 2014, que l'espace pré-médullaire présentait une diminution progressive et que les neuroforamens étaient désormais sténosés des deux côtés d'origine multifactorielle alors que cette sténose avait été essentiellement gauche en 2014 et très peu marquée du côté gauche en 2013 (cf. AI pce 135 p. 3 s, confirmé par la suite par la Dresse H. _____ dans un rapport médical daté du 15 septembre 2017 [AI pce 143]). Les médecins du SMR, qui ont confirmé que les éléments rapportés par les médecins traitants de l'intéressé après octobre 2015 jusqu'au jour de la décision litigieuse n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation du Dr D. _____ (cf. AI pces 103 ; 138 ; annexes à TAF pces 7 ; 12), n'ont pas suffisamment établi les raisons pour lesquelles ils n'ont pas suivi les appréciations divergentes de la Dresse H. _____ et du Dr N. _____. Partant, les rapports médicaux du SMR sont également dépourvus de valeur probante sous cet angle.

E. 10.7

Finally, le Tribunal de céans constate que les rapports médicaux sur dossier du SMR ont été établis sur la base d'un dossier incomplet. En effet, ce dernier ne comporte notamment aucun document médical relatif à la fracture du coccyx que l'assuré allègue avoir subie en 2012 (cf. AI pces 55 p. 3 et 8 ; 62 p. 1), il manque la RX de la colonne cervicale du 20 décembre 2012, l'IRM cervicale du 14 mars 2013, la RX de la colonne cervicale du 31 mai 2013 ainsi que le CT-scan thoracique du 8 décembre 2014 cités dans le rapport d'examen clinique rhumatologique établi par le Dr D. _____ (cf. AI pce 55 p. 7 et 8), le CT-scan thoracique préopératoire du 25 février 2013 auquel fait référence le Dr V. _____ dans son rapport de CT-scan thoracique daté du 19 août 2014 (cf. AI pce 34 p. 9), la RX du thorax évoquée dans le rapport médical du Dr E. _____ du 12 septembre 2013 (cf. AI pce 34 p. 5 ss) et le rapport médical du 11 août 2017 de l'hôpital W. _____ au sujet du calcul pyélique droit auquel se réfère la Dresse H. _____ dans son rapport médical du 15 septembre 2017 (cf. AI pce 143 p. 3).

E. 11.1

Au vu de ce qui précède, le recours de l'intéressé doit être admis partiellement, les décisions du 5 octobre 2017 doivent être annulées et l'affaire doit être renvoyée 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 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). 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). Tel est le cas en l'espèce. Comme expliqué ci-dessus (consid. 10) et contrairement à ce que soutient le recourant dans sa détermination du 5 octobre 2020 en alléguant une violation de l'art. 61 al. 1 let. d LPGA, la présente cause ne se rapporte pas exclusivement à des troubles de la santé de nature rhumatologique avec incidences neurologiques (cf. TAF pce 19). En effet, il ressort du dossier que la situation médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure et que le dossier médical est lacunaire, raisons pour lesquelles le renvoi à l'autorité inférieure est justifié contrairement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Cette solution permet en effet dans ce contexte une bonne application du principe de la double instance. L'art. 61 al. 1 let. d LPGA n'est ainsi pas violé, étant précisé que la simple possibilité d'une péjoration de la situation du recourant résultant de l'annulation des décisions de rente et du renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction ne constitue pas une reformatio in peius dans le sens de cette disposition et que cette disposition ne se trouve pas en contradiction avec l'obligation du Tribunal de donner la possibilité au recourant de retirer son recours dans ce contexte (ATF 137 V 314 consid. 3.1 et 3.2.4).

E. 11.2

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit du recourant à une rente d'invalidité au plus tôt à compter du 1er juin 2014 (cf. supra consid. 5.2), 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 pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. supra consid. 10.7). Puis, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie, pneumologie et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra notamment (i) fixer le début de l'incapacité de travail de longue durée, soit le point de départ de l'invalidité, (ii) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (iii) établir ses limitations fonctionnelles et (iv) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressé dans son ancienne activité de concierge et dans des activités adaptées. 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. L'autorité inférieure devra ensuite rendre une nouvelle décision.

E. 12.1

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. 12.2

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. 800.- (cf. TAF pces 3 à 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 12.3

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. 12.4

Le recourant a agi en étant représenté par un avocat (cf. annexe 5 à TAF pce 1). Au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire du recourant, qui a consisté notamment en la rédaction d'un recours de neuf pages (cf. TAF pce 1), d'une

réplique de quatre pages et demie (cf. TAF pce 10) et d'une détermination de 7 pages (cf. TAF pce 19), 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 figure à la page suivante)

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