

BVGer C-6328/2018 vom 20. Oktober 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6328_2018

FR: TAF C-6328/2018 du 20 octobre 2020

IT: TAF C-6328/2018 del 20 ottobre 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 de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA.

E. 1.3

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.4

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 27 octobre 2018 est recevable quant à la forme.

E. 2.1

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

européenne (UE) - a travaillé et versé des cotisations en Suisse de 1979 à 1994 (OAIE pce 2, annexes à TAF pce 10). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TFA I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TFA I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009). Ainsi, contrairement à ce que semble croire le recourant dans son recours (cf. TAF pce 1), il n'est donc pas en soi déterminant que les autorités espagnoles lui aient reconnu un degré d'invalidité de 62%. Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

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). Vu la décision litigieuse du 2 octobre 2018 (OAIE pce 58), les dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'au 2 octobre 2018 sont

applicables au cas d'espèce.

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.2

Le présent litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse, respectivement si la décision querellée du 2 octobre 2018 se révèle bien fondée.

E. 4

A titre initial, il est rappelé que, conformément à l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisation à l'AVS/AI dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etat membre de l'Union européenne (cf. FF 2005 p. 4065 et les art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004). En l'occurrence, le recourant ayant cotisé pendant 175 mois, soit pendant plus de 14 ans, à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (annexe TAF pce 10), il remplit la condition de la durée minimale de cotisation.

E. 5.1

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

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

E. 5.3

En vertu de 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 (délai de carence ; ATF 142 V 547 consid.

3.2 ; voir aussi ATF 140 V 2 consid. 5.3). L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 5.4

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 5.5

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. 6.1

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 6.2

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396). Cela étant, selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ou que des circonstances particulières ne fondent objectivement des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; ATF 122 V 157 consid. 1c ;

TF 9C_575/205 du 23 mars 2016 consid. 5.2 ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 6.3

Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, lesdits rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Ils ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes de médecins conseils mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. p. 799 n° 2920).

E. 6.4

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. 6.5

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 (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 7.1

Sur le plan médical, l'OAIE fonde sa décision du 2 octobre 2018 principalement sur l'avis du 21 juillet 2018 du Dr E._____, médecin du service médical interne de l'OAIE (OAIE pce 54), lequel a émis sa prise de position, en se basant sur les pièces du dossier médical constitué dans le cadre de l'instruction de la demande (cf. consid. B.b ; OAIE pce 51).

E. 7.2.1

Le Dr E._____ a conclu que l'assuré souffre d'un diabète sucré traité par insuline, d'arthrose aux deux hanches, de périarthrite aux deux épaules, d'un syndrome lombo-vertébral chronique et d'une rétinopathie, qui entraîne une diminution de l'acuité visuelle. Le Tribunal remarque que le médecin du service médical interne de l'OAIE a confirmé les diagnostics, retenus par les Drs B._____, C._____ pour ce qui est du diabète mellitus de type 1 et G._____, lesquels ont examiné l'assuré et disposent de la spécialisation nécessaire pour pouvoir se déterminer valablement sur les atteintes de l'assuré et sur leurs répercussions sur sa capacité de travail, chacun dans son domaine médical.

E. 7.2.2

Il appert cependant du rapport du Dr C._____ que le recourant souffre, de plus, d'anémie pernicieuse / vitiligo léger / DLP / Déficit D3 et d'hépatopathie virale (OAIE pce 14). Quand bien même ledit rapport n'est pas exhaustif, ne contenant pas d'anamnèse complète, ni d'analyse du dossier entier et que lesdites affections ne sont ni étayées, ni motivées, elles permettent cependant de douter de l'exhaustivité des diagnostics retenus par le médecin du service médical interne de l'OAIE.

E. 7.2.3

S'agissant du certificat médical établi par le Dr F._____ (OAIE pce 34), dont les diagnostics ne diffèrent pas fondamentalement de ceux retenus par le médecin du service médical interne de l'OAIE, hormis en ce qui concerne la dyslipidémie et le glaucome, il ne saurait se voir reconnaître une valeur probante. Ce médecin se borne en effet à lister les atteintes à la santé du recourant, sans les motiver et sans se fonder sur des examens complets. Toutefois, son rapport fonde un doute sur la gravité de l'atteinte oculaire.

E. 7.2.4

Eu égard aux constats précédents, le Tribunal relève que le médecin du service médical interne de l'OAIE ne s'est pas prononcé sur toutes les atteintes à la santé dont souffre le recourant - en particulier l'hépatopathie virale et le glaucome - et n'a pas expliqué pour quelles raisons il convenait de les écarter. Bien que la valeur probante de certains rapports médicaux est limitée (cf. OAIE pces 4, 14, 34, 37 et 41), ils suffisent à semer un doute sur l'existence éventuelle d'une ou de plusieurs affections invalidantes. Le Tribunal n'est pas en mesure de retenir à la vraisemblance prépondérante que le recourant ne souffre que des diagnostics retenus par le Dr E._____. Le dossier d'instruction présente dès lors des lacunes d'ordre médical.

E. 7.3.1

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr E._____ a expliqué que le recourant doit pouvoir travailler en position assise, avec des pauses de 10 minutes toutes les heures, qu'il

doit éviter les activités impliquant la rotation du tronc, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position penché, accroupi ou à genou, le port de charges supérieures à 5 kg, de se déplacer fréquemment sur des terrains irréguliers, de monter sur une échelle et/ou un échafaudage, de monter des escaliers, qu'il doit éviter l'exposition au froid, à l'humidité et aux intempéries et qui n'impliquent pas de travailler sous stress, avec rapidité dans l'exécution et une grande acuité visuelle (OAIE pce 54 p. 2). Il appert que le Dr D. _____, médecin de l'INSS, a retenu que le recourant présentait des limitations fonctionnelles dans les tâches nécessitant des exigences visuelles moyennes à élevées (OAIE pce 3 p. 8). Le Dr G. _____ a, quant à lui, noté que les atteintes à la santé du recourant conduisent en somme à un processus invalidant dans l'activité habituelle et que ce dernier présente des séquelles permanentes, sans davantage de précisions (OAIE pce 41). Les Drs B. _____ et C. _____ n'ont pas décrit les limitations du recourant (OAIE pces 4, 14, 37).

E. 7.3.2

Au vu des avis médicaux précités, le Tribunal de céans observe que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin du service médical interne de l'OAIE dépassent les limitations retenues par les médecins, ayant examiné le recourant et qui sont des spécialistes dans leur domaine médical respectif. Le Dr E. _____, médecin spécialisé en médecine interne générale, n'était pas en mesure de se prononcer de manière plus étendue sur les limitations fonctionnelles du recourant que ses confrères spécialistes. Le Tribunal de céans ne peut dès lors confirmer les limitations fonctionnelles retenues par le médecin du service médical interne de l'OAIE.

E. 7.4.1

S'agissant de l'incapacité de travail, le Dr E. _____ a conclu que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de nettoyeur de bâtiments dès le 14 février 2017 (OAIE pce 54). Le Dr. G. _____ est aussi de cet avis, sans préciser la date du début de l'incapacité de travail (OAIE pce 41). Quant au Dr D. _____, il ne se prononce pas sur l'exercice de l'activité habituelle, mais relève que le recourant peut exercer une activité adaptée à temps plein (OAIE pce 3 p. 10). Les Drs B. _____ et C. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle. Le Dr E. _____ estime que le recourant présente cependant une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée aux limitations retenues et ce, depuis le 14 février 2017 (OAIE pce 54). Cet avis est plus avantageux que celui du Dr D. _____ qui a indiqué que le recourant pourrait exercer un travail adapté à temps plein comme susmentionné (OAIE pces 3, 5 et 6). Les Drs G. _____, B. _____ et C. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée (OAIE pces 4, 14, 37, 41).

E. 7.4.2

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans remarque que le médecin du service médical interne de l'OAIE, spécialisé en médecine interne générale, n'a pas les connaissances suffisantes pour se prononcer sur l'incapacité de travail du recourant. Il n'est en outre pas en mesure d'évaluer et ainsi de déterminer l'incapacité de travail du recourant sur la base des rapports médicaux présents au dossier. À l'exception du Dr G. _____, notons que les médecins spécialistes susmentionnés ne se sont pas prononcés sur ce point. Le Dr E. _____ n'était dès lors pas non plus en mesure de se prononcer sur la capacité résiduelle du recourant.

E. 8.1

En conclusion, l'OAIE ne pouvait rendre une décision en s'appuyant exclusivement sur la prise de position du Dr E. _____, médecin du service médical interne de l'OAIE, établie sans examen personnel du recourant, sur la base des rapports et certificats médicaux évoqués précédemment, lesquels sont incomplets et fondent un doute quant aux atteintes à la santé du recourant. Le Dr E. _____ n'aborde, ni ne prend en considération notamment les diagnostics de l'hépatopathie virale et le glaucome retenus par les médecins qui ont examiné le recourant.

E. 8.2

Partant, pour les raisons évoquées précédemment, de forts doutes subsistent quant à la pertinence de la prise de position du Dr E. _____, dont la valeur probante est de surcroît limitée, le médecin du service médical interne de l'OAIE en question ne disposant pas de connaissances spécifiques en matière de rhumatologie, d'endocrinologie, d'ophtalmologique et d'hépatologie, pourtant indispensables au regard de la complexité du cas d'espèce. Par conséquent, l'état de santé réel du recourant n'est pas établi.

E. 8.3

Compte tenu des lacunes relevées et des divers diagnostics posés par des spécialistes, à l'issue d'un examen sur la personne de l'assuré, l'examen du présent cas d'espèce ne se résume pas à l'appréciation d'un état de fait médical non contesté et établi de manière concordante par les médecins, bien au contraire. Dans ces circonstances, l'OAIE ne pouvait pas statuer sur la seule base des prises de position établies sur dossier par son service médical interne. Compte tenu des doutes planant sur l'état de santé du recourant, ainsi que sur l'incidence des diagnostics retenus sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de celui-ci, une instruction complémentaire du dossier aurait dû être requise (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Il y a par conséquent lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la rhumatologie, l'endocrinologie, l'ophtalmologie et l'hépatologie auprès d'experts indépendants (art. 44 LPG), dans le respect des droits de participation de l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'état de santé ainsi que sur l'incidence de l'ensemble des affections diagnostiquées sur la capacité de travail du recourant dans sa précédente profession de nettoyeur de bâtiment et dans des activités lucratives adaptées à son état de santé, ainsi que sur les limitations fonctionnelles entravant sa capacité de travail. Ils procéderont à cette évaluation en considération de l'état de santé présenté par le recourant et son évolution jusqu'au jour de l'expertise (arrêt du TAF C-2039/2017 du 6 mars 2019 consid. 10.4). Si d'autres évaluations que celles initialement retenues dans les domaines précités se révèlent nécessaires, ils 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_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Cette nouvelle expertise sera effectuée en Suisse, l'organisme 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). Le recourant étant domicilié en Espagne, l'on ne voit pas, de surcroît, les 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 (art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]), il

est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit les questions déterminantes pour l'examen du droit aux prestations, l'instruction de l'affaire sur le plan médical étant incomplète (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2).

E. 8.4

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

E. 9.1

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} 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, 1^{ère} phrase, PA).

E. 9.2

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. 810.- (TAF pces 2 et 3) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 9.3

Il n'est pas alloué de dépens. En effet, bien que le recourant ait obtenu gain de cause (cf. consid. 8.4 supra), il a agi sans représentation professionnelle et n'a pas dû supporter de frais élevés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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