

BVGer C-6680/2013 vom 25. Januar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6680_2013

FR: TAF C-6680/2013 du 25 janvier 2016

IT: TAF C-6680/2013 del 25 gennaio 2016

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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. 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 à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

E. 2.1

Le requérant est ressortissant français domicilié en France. 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2

de l'annexe II de l'ALCP).

E. 2.2

Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 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]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont, selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP, applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

E. 2.3

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 2.4

Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.5

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, 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).

E. 3.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI et de la

6ème révision de la LAI (premier volet) sont applicables respectivement jusqu'au 31 décembre 2011 et à compter du 1er janvier 2012. Sauf précision contraire indiquée, les dispositions citées in casu sont les mêmes. 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.

E. 3.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin, définit les faits déterminants et les preuves nécessaires dont elle ordonne l'apport et qu'elle apprécie d'office sans être liée par les conclusions des parties (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consis. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015 p. 499); elle 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), enfin elle applique le droit d'office. Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 3.3

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4; ATF 116 V 245 consid. 1a).

E. 4.1

La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente ayant été rejetée par décision du 11 juin 2008 de l'OAIE au motif que l'intéressé ne présentait pas une invalidité de 40% au moins ouvrant le droit à une rente, sa capacité de travail étant entière dans une activité de substitution adaptée avec une perte de gain de 23%.

E. 4.2

En application de l'art. 87 al. 3 et 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente (...) a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références).

E. 4.3

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a

refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

E. 4.4

Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du TF 9C-246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108; ATF 130 V 71).

E. 4.5

En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande en raison de nouveaux motifs d'incapacité de travail ayant justifié un nouvel examen d'un droit éventuel à une rente d'invalidité. Le Tribunal doit dès lors examiner en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée matériellement sur le droit de l'assuré à une rente si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er juin 2012 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande déposée le 23 décembre 2011 [pce 80]) jusqu'au 24 octobre 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les références).

E. 5

L'objet de la contestation est le refus du droit à une rente d'invalidité au motif que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de la loi, qu'en particulier sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2011 et lui permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui peut être obtenu sans invalidité.

E. 6

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, 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); - compter au moins trois années 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 CE 883/2004). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa

gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 7.2

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 7.3

Selon l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 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 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 2.2), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

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. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 8.1

Le recourant a travaillé en dernier lieu en Suisse jusqu'en août 2006 comme manutentionnaire-cariste et accessoirement chauffeur de poids lourds, puis a été au chômage en France de janvier 2008 à décembre 2009. Sa première demande de prestations AI a été rejetée par décision de l'OAIE du 18 juin 2008. Ses troubles de santé à l'origine de la deuxième demande de prestations AI du 23 décembre 2011 relèvent de plaintes de violentes lombalgies depuis 2009 (cf. pce 81).

E. 8.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS] et de l'assurance-invalidité [LAI], 2011, n° 2060 ss).

E. 8.3

Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, notamment pour les personnes sans activité lucrative ou ayant exercé une activité lucrative à temps partiel, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tables d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (Valterio, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (Valterio, op. cit. n° 2051 et les références). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 258 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 9

La première demande de rente de l'intéressé a été rejetée sur la base du diagnostic invalidant après début d'atteinte le 26 août 2006 de conflit sous-acromial gauche chronique, tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs touchant le supra-épineux le long du biceps et le subscapulaire; status après acromioplastie en août 2006 et ténodèse, ténodèse du long chef du biceps gauche en novembre 2006 occasionnant les limitations fonctionnelles ci-après: pas de mouvements répétés de flexion-extension ou d'abduction-adduction (du bras gauche, cf. pce 71), pas de travail au-dessus de 90°, pas de port de charge en bi-manuel au-dessus de 15 kg ou en mono-manuel gauche au-dessus de 5 kg, pas de soulèvement de charges avec le membre supérieur gauche au-dessus de 2-3 kg. Le diagnostic de lombalgies chroniques intermittentes étant posé sans répercussion sur la capacité de travail (cf. pce 71 p. 9). Or il est apparu dans le cadre de la deuxième demande de rente de l'intéressé une incapacité de travail pour arthrose lombaire, lombalgies chroniques invalidantes sur lombarthrose évoluée documentées. C'est dès lors à juste titre que l'OAIE a retenu un status fondant un nouvel examen du droit à la rente conformément à l'art. 87 al. 3 et 2 RAI, les plaintes par rapport au dos ayant évolué comparées avec celles à l'origine du refus de rente en juin 2008.

E. 10.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité 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. Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches. Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bienfondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise. Fondé sur les données de son service médical l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

E. 10.2

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 352 consid. 3a et les références). 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. 3). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (voir spéc. Valterio, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. Valterio, op. cit. n° 2912; arrêts du TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3; 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

E. 10.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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 et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI peuvent avoir valeur d'expertise médicale s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence et ont même valeur probante que d'autres expertises (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.2 et les références, 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 10.4

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI 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 et 9C_341/2007 du 17 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. arrêts du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s.; 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 4.3; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR 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 minimales, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d, arrêts du TF 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920).

E. 10.5

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; Valterio, op. cit. n° 2920).

E. 11.1

La question de savoir, si, comparée à la situation de santé à la base de la première décision de refus de rente du 11 juin 2008, l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'au moment de la décision attaquée, ouvre ou non le droit à une rente est objet du litige. L'intéressé ayant déposé sa deuxième demande de prestations d'invalidité le 23 décembre 2011 (reçue par l'OAIE le 2 mars 2012; pce 80), sa capacité fonctionnelle et de travail déterminante, vu l'ouverture d'un droit théorique à l'obtention d'une rente six mois après le dépôt de la demande, doit être définie à partir du 1er juin 2012. Sur le plan médical, vu notamment le rapport d'examen détaillé du Dr B. _____ du 26 décembre 2007, médecin spécialisé en rhumatologie FMH et médecine physique et rééducation auprès du service médical régional AI (SMR), l'intéressé ne fut, après deux interventions chirurgicales au niveau de l'épaule gauche du 28 août et 9 novembre 2006, sur la base d'un examen clinique en cohérence avec les constatations radiologiques, plus reconnu en mesure d'exercer son activité de manutentionnaire-cariste et occasionnellement de chauffeur de poids lourds à compter du 26 août 2006. Ceci en raison de limitations fonctionnelles objectivables affectant son bras et l'épaule gauches. La capacité de travail étant déterminée par la tolérance du membre supérieure gauche aux contraintes mécaniques, il fut cependant reconnu en mesure d'exercer avec une pleine capacité de travail une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles affectant le membre supérieur gauche à compter du 9 février 2007. Les limitations fonctionnelles retenues furent décrites comme suit: épaule gauche: mouvements répétés de flexion-extension ou d'abduction-adduction; travail

au-dessus de 90°; port de charge en bi-manuel au-dessus de 15 kg, en mono-manuel gauche au-dessus de 5 kg; soulèvement de charges avec le membre supérieur gauche au-dessus de 2-3 kg. L'appréciation du Dr B._____ intégra notamment les plaintes de l'assuré et une anamnèse détaillée ainsi que le comportement de l'assuré lors de l'examen clinique. Sur la base d'autres plaintes, les diagnostics posés de syndrome du tunnel carpien bilatéral, non déficitaire, de lombalgies chroniques intermittentes et de cervicalgies intermittentes, non déficientes, dans un contexte de discopathies étagées furent retenus sans répercussion sur la capacité de travail.

E. 11.2

Le Dr D._____ releva dans un avis SMR du 18 juin 2012 sur la base de la documentation médicale au dossier une incapacité de travail totale à compter du 1er novembre 2009 pour arthrose lombaire (atteinte préexistante nouvellement indiquée avec incidence sur la capacité de travail).

E. 11.3

Selon un rapport du 27 septembre 2012 du Dr C._____, spécialisé en médecine physique et de réadaptation, médecin traitant, adressé à l'OAIE, l'intéressé souffre de lombalgies chroniques invalidantes depuis 2008 sur lombarthrose évoluée. Le status après opération d'une arthrodèse lombosacrée circonférentielle les 18 janvier 2011 et 11 février 2011 est indiqué avec une évolution favorable, une diminution de douleurs et un état stabilisé, sous traitement de Lyrica® et Ixprim®, ayant entraîné depuis février 2009 (et non novembre 2009, voir supra 11.2) une incapacité totale pour une activité professionnelle à ce jour. Le rapport indique les limitations physiques de port de charges de plus de 5 kg et de maintien de la position statique prolongée (cf. aussi le rapport du 15 janvier 2013). Ce rapport du 27 septembre 2012 est le premier à compter de la date du 1er juin 2012 à partir de laquelle une rente peut être versée. Dans des rapports des 19 novembre et 12 décembre 2012 du Dr D._____, spécialiste en médecine générale FMH, du SMR Rhône, l'intéressé est atteint dans sa santé notamment au niveau du rachis pour arthrose lombaire et au niveau du bras et de l'épaule gauche en raison d'un conflit sous acromial. Les diagnostics retenus avec répercussion sur la capacité de travail sont sévère spondylarthrose étagée de L1 à S1 (M47.87), status 21 mois après spondylodèse lombaire de L1 à S1 en deux temps (Z45.8), conflit sousacromial gauche, status après acromioplasties et ténodèse du long chef biceps (M75.4). Le Dr D._____ relève l'incapacité de travail selon le médecin traitant de l'intéressé mais indique ne pas voir pour quelles raisons on ne pourrait pas admettre une capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles habituelles pour les maladies de la colonne lombaire ainsi que pour l'épaule gauche et des limitations énoncées par le Dr C._____ (cf. les rapports des 19 novembre 2012, 12 décembre 2012 et aussi le rapport du 2 décembre 2012 reproduit dans l'expertise du Dr F._____, p. 3 introduction). Ayant consulté le Dr E._____, rhumatologue du SMR, il indique que celui-ci pense qu'une certaine capacité de travail résiduelle doit exister dans une activité adaptée et propose qu'une expertise en Suisse soit faite par un spécialiste de l'appareil locomoteur. Une expertise médicale a ainsi été requise par le Dr D._____ pour clarifier le status de l'intéressé dont toute capacité de travail était niée par son médecin traitant malgré la diminution des douleurs et un traitement médicamenteux modeste. Il relève que les documents à dispositions ne permettent pas de fixer les limitations fonctionnelles (cf. rapports Dr D._____ du 19 novembre 2012 et du 18 juin 2013 [pce 121 p. 1]).

E. 11.4

Selon l'expertise rhumatologique du Dr F. _____ du 27 mai 2013 (sur examen du 14 mars 2013), spécialiste FHM en rhumatologie et médecine interne à Genève, le diagnostic retenu avec incidence sur la capacité de travail est celui de lombalgies chroniques (M51.1) depuis 2008 sur une lombarthrose évoluée avec une sténose canalaire relative, un rétrolisthésis dégénératif L2 sur L3, L3 sur L4 et une sténose foraminale L3-L4 à droite, status après spondylodèse L1-Sacrum en 2011. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont ceux de status après acromioplastie (M75.4) et exploration du long biceps gauche (M75.2) en 2006 et syndrome bilatéral du tunnel carpien (G56.0) présent depuis 2007. A l'appréciation clinique notamment somatique et de synthèse il est relevé un bon état général, il est constaté une évolution favorable par rapport à l'épaule gauche - il n'y a plus de problème à l'épaule gauche sous réserve d'une gêne essentielle par des positions extrêmes (garder les bras en l'air ou étendus à 90°) - et positive concernant la lombarthrose traitée par spondylodèse de L1 au sacrum ("Monsieur peut à nouveau marcher. Il fait deux promenades de 60 minutes par jour. Il peut également s'occuper de son jardin, même s'il fait les travaux par petits bouts. Il a également remarqué la disparition de la raideur matinale. Par contre, il ne peut rien porter et il ne peut pas faire des mouvements de flexion du rachis" pce 115 p. 15); l'examen clinique met essentiellement en évidence une raideur lombaire très sévère, l'impossibilité des mouvements de rotation et d'inclinaison (latérale) du rachis, un relâchement de la sangle abdominale, une amyotrophie des muscles des membres inférieurs. Sur cette base, le Dr F. _____ retint une incapacité de travail dans l'activité de cariste-manutentionnaire depuis novembre 2008 et, dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail dès le 1er septembre 2011, soit 6 mois après la dernière intervention chirurgicale, sous réserve du respect des limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 2 kg, pas de mouvement de flexion ou d'extension du rachis, ne pas devoir monter ou descendre d'une échelle ou d'un échafaudage, ne pas devoir rester debout en position statique plus de 30 minutes, pouvoir changer de position toutes les 45 minutes.

E. 11.5

Le Dr D. _____ confirma cette appréciation médicale dans un rapport du 18 juin 2013 et précisa dans un rapport du 15 juillet 2013 (car il s'agissait de clarifier l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle entre 2006 et 2008 et l'évolution de cette même capacité de travail dans une activité adaptée entre février 2007 et septembre 2011, pce 124 p. 1) une incapacité totale dans l'activité habituelle depuis le 26 août 2006 et une incapacité de travail dans une activité adaptée de 0% dès le 9 février 2007, de 100% dès le 1er novembre 2009 (longue prise en charge pour lombalgies) et de 0% dès le 1er septembre 2011 (6 mois après la seconde opération). Sur cette base l'OAIE rendit sa décision de rejet de prestations à compter du 1er juin 2012 (6 mois après le dépôt de la demande de prestations) au motif d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée déterminant une invalidité économique de 33% à cette date remontant au 1er septembre 2011.

E. 12.1

Contre l'expertise rhumatologique du Dr F. _____ du 27 mai 2013 et la décision attaquée du 24 octobre 2013 le recourant fit valoir en substance que l'expert aurait retenu de manière erronée notamment qu'il faisait deux marches de 60 minutes par jour, s'occupait de son jardin, se déplaçait sans difficulté, pouvait monter les escaliers, s'habiller et se déshabiller sans difficulté. Il produisit des "attestations" de proches et connaissances pour appuyer son besoin de s'allonger régulièrement dans la journée pour soulager son dos, le fait qu'il n'était

pas en mesure de s'habiller et se déshabiller sans ressentir des douleurs, que son épouse devait souvent lui venir en aide pour enfiler ses chaussettes ou mettre son pantalon, qu'il ne pouvait plus s'occuper de son jardin ou du potager (son activité dans le jardin se limitant à l'entretien basique et ponctuel des pieds de tomates, soit essentiellement l'arrosage, alors que les travaux de jardinage proprement dits étaient effectués par son fils ou son ami [recours p. 3]), qu'il ne pouvait pas non plus effectuer les courses au vu des difficultés à maintenir trop longtemps la position debout, le moindre effort étant devenu un calvaire. Il indiqua qu'il était incapable de se déplacer à pied sans ressentir rapidement des douleurs, qu'il ressentait aussi des douleurs en montant des escaliers, d'autant plus importantes s'il s'agissait de monter plusieurs étages. Ainsi, il fit valoir que ses limitations étaient manifestement incompatibles avec les activités à plein temps proposées par le SMR. Même avec la capacité fonctionnelle énoncée par le Dr F. _____, on ne voyait pas comment les activités proposées (l'archivage: ramasser un dossier/courrier tombé par terre, ou se tendre pour ranger un dossier en haut d'une étagère; vendre des billets ou répondre au téléphone toute la journée etc.) seraient compatibles avec ses limitations physiques. Partant, il indiqua que les conclusions de l'experts étaient erronées en ce qu'elles reposaient sur un état de fait inexact sur plusieurs points et par ailleurs incomplet.

E. 12.2

L'autorité inférieure maintint la décision attaquée, le recourant n'ayant produit aucun rapport médical propre à mettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr F. _____. Elle se référa notamment à son service médical qui retenait que cette expertise était "de bonne qualité et permet[tait] de répondre sans ambages à toutes les questions habituelles. Les LF (limitations fonctionnelles) [avaient] été clairement définies" (Dr D. _____, rapport final du 18 juin 2013).

E. 12.3

Contrairement à l'avis de l'autorité inférieure, l'expertise du Dr F. _____ ne remplit pas les exigences posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante (cf. consid. 10.2 supra), notamment par rapport à l'exigence d'une description du contexte médical et d'une appréciation de la situation médicale claire et de la motivation des conclusions de l'expert. Elle ne remplit pas non plus plusieurs standards établis pour l'établissement des expertises rhumatologiques selon les Lignes directrices de la SSR [Société suisse de rhumatologie] pour l'expertise des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accidents du 27 septembre 2006 (cf.: Bulletin des médecins suisses 2007, p 735 ss; ci-après: Lignes directrices) et ne justifie pas pourquoi elle s'en écarte (cf. ch. 1.1 s. Lignes directrices). L'expertise rhumatologique est succincte déjà s'agissant de l'anamnèse de l'assuré. L'anamnèse proprement dite des douleurs est lacunaire et incomplète. L'anamnèse de la vie quotidienne est succincte et lacunaire (seules indications de deux marches de 60 minutes par jour, de la préparation des repas pour sa femme, d'occupation du jardin par "petits bouts"; pour l'anamnèse cf. Lignes directrices ch. 3.4 al. 2: la répercussion des symptômes sur l'activité et la participation de l'intéressé doit être évoquée). Il manque toute mention relative aux observations faites lors de l'anamnèse et de l'examen clinique par rapport au comportement de l'assuré (cf. Lignes directrices ch. 3.4 al. 3: signalisation de douleurs ou non, illness behaviour, p.ex. lors de l'examen pour déterminer la distance doigts-sol [40 cm], lors de l'examen de Schober [examen des possibilités d'inflexion - se pencher en avant - et extension - se pencher en arrière - du rachis lombaire et dorsal], lors de l'habillement/déshabillage [l'assuré avait déclaré lors de l'anamnèse que les mouvements

de flexion du rachis étaient pénibles, cf. p. 9 expertise]). L'examen clinique est limité, les tests cliniques standards effectués par le Dr B. _____ en 2007 ne figurent pas dans l'expertise du Dr F. _____ (p. ex. Lasègue, Romberg, marche sur les pointes et les talons). Cela est de plus étonnant car il ne s'agit pas seulement, selon le droit exposé (cf. consid. 4 supra), d'établir l'état de santé actuel mais aussi en quoi il se distingue par rapport à l'état de santé ressortant de l'expertise rhumatologique du Dr B. _____. L'expert n'utilise pas non plus les informations anamnestiques de l'expertise du Dr B. _____ pour comparer l'activité et les restrictions notamment dans la vie privée de l'assuré à l'époque avec la situation actuelle. Il ne dit rien sur l'auto-appréciation de l'assuré concernant sa capacité de travail et qu'elles sont ses perspectives éventuelles par rapport à un travail professionnel (cf. Lignes directrices ch. 3.2 al. 10). Elle n'examine pas l'évolution de l'état de santé depuis l'expertise du Dr B. _____, volet nécessaire du fait de l'application par analogie des règles de la révision et l'existence de cette expertise antérieure. Elle n'explique pas les conséquences, respectivement les effets objectivement connus, par la médecine rhumatologique ou orthopédique, de l'opération à la colonne lombaire subie par l'assuré pour la vie professionnelle ou privée en général et dans le cas d'espèce, le constat valant également pour l'épaule gauche. L'expert relève la présence de nombreuses callosités dans les mains sans que son rapport n'apporte quelques précisions et conclusions y relatives, par exemple si elles sont typiques d'un travail manuel répétitif. L'expertise du Dr F. _____ n'expose et n'explique pas les conséquences, respectivement les effets objectivement connus, par la médecine rhumatologique (ou orthopédique), de l'opération à la colonne lombaire subie par l'assuré (arthrodèse lombosacrée circonférentielle) pour la vie professionnelle et privée en général et concrètement sur la base de la situation médicale dans le cas d'espèce (pour la mobilité notamment du dos, l'activité, la participation, le port de charge et le comportement en général à respecter), les points litigieux n'ayant ainsi pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. Sur cette base insuffisante et malgré les critères de la jurisprudence et les Lignes directrices qui énoncent que l'appréciation (de la situation) médicale est le coeur de l'expertise et que l'appréciation de la capacité fonctionnelle et de travail sont à motiver (cf. Lignes directrices ch. 3.4 al. 5 et 7), les limitations fonctionnelles sont établies sans discussion du contexte médical et des atteintes à la santé constatées. La capacité de travail dans une activité adaptée est établie sans motivation, sans présentation du raisonnement permettant de comprendre que les limitations fonctionnelles sont en lien avec la capacité de travail retenue. Les conclusions sur la capacité de travail ne sont pas en adéquations motivées avec les atteintes à la santé exposées et sont diamétralement opposées à celles du Dr C. _____ sans que l'appréciation de ce médecin, spécialiste en médecine physique et de réhabilitation, soit discutée et objectivement contrecarrée. L'expert ne motive ainsi pas pourquoi l'état de santé constaté par rapport à la colonne lombaire opérée en deux temps (arthrodèse circonférentielle) et par rapport à l'épaule est compatible avec son appréciation faite de la capacité de travail totale dans une activité adaptée. A noter que le Dr E. _____, rhumatologue du SMR, sans vouloir donner une appréciation définitive, retenait qu'après l'opération vertébrale importante des lombalgies persistaient, "ce qui n'est pas étonnant. Je pense toutefois qu'une certaine CT (capacité de travail) résiduelle doit exister dans une activité adaptée" (cf. rapport du 7 décembre 2012 pce 98 p. 3). On ne voit pas non plus si la limite de port de charge à 2 kilos est due au status du dos après l'opération ou à celui de l'épaule gauche dont l'atteinte était au centre de l'évaluation en 2007 (pour laquelle cependant aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est posé malgré des restrictions décrites lors de l'examen clinique; cf. aussi la capacité fonctionnelle définie par

le Dr B. _____, supra consid. 11.7, pour l'épaule gauche: soulèvement de charge étant limité à 2-3 kilos).

E. 12.4

Vu ce qui précède, les conditions pour attribuer une pleine valeur probante à l'expertise du Dr F. _____ ne sont pas remplies, les points litigieux n'ayant pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. Sur cette base insuffisante et lacunaire une appréciation fiable de l'évolution de l'état de santé depuis juin 2008 ainsi qu'une appréciation fiable des atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité fonctionnelle et de travail pour la période déterminante n'est pas possible. Selon le droit exposé, le rapport SMR du Dr D. _____ du 18 juin 2013 ne peut ainsi pas non plus constituer une évaluation finale, un autre rapport d'expertise ne figurant pas dans les actes. De plus, le Dr D. _____, spécialiste en médecine générale FMH, n'est pas rhumatologue ou orthopédiste. Il s'ajoute que le Dr B. _____ était "frappé", lors de l'examen du 14 novembre 2007, par des stigmates parlant en faveur d'une consommation exagérée d'alcool, à savoir une hyperémie conjonctivale, un érythème du visage, des nodules de Dupuytren aux deux mains, un foetor alcoolique. Au niveau neurologique un discret trémor des deux membres supérieurs, un début d'ataxie cinétique à la manoeuvre talon-genou, un début d'ataxie statique à la manoeuvre de Romberg vraisemblablement d'origine cérébelleuse étaient notés (pce 71 p. 10 s). Une anamnèse sur la consommation d'alcool est inexistante dans l'expertise du Dr F. _____ qui retient cependant - en caractère gras - que le "faciès est rouge" et le foie à deux doigts du rebord costal, percuté sur 12 cm. De plus, une amyotrophie des membres inférieurs est notée sans plus amples explications. Il manque dans ce contexte également un rapport du médecin traitant. Ainsi, également la question de savoir s'il y a des effets secondaires au niveau somatique (et psychique) provenant d'une consommation exagérée d'alcool de longue durée influençant la capacité de travail (cf. à ce sujet notamment l'arrêt du TAF C-2234/2012 consid. 5.2 avec renvoi) est restée sans réponse par l'autorité inférieure.

E. 13.1

Sur la base des actes médicaux au dossier incomplets et peu probants quant aux questions médicales déterminantes posées par l'état de santé du recourant restées sans réponse, il ne peut être jugé avec une vraisemblance prépondérante suffisante si le recourant présente une détérioration de son état de santé du fait de ses atteintes à la santé depuis le 1er juin 2012 jusqu'à la décision dont est recours fondant une incapacité de travail dans une activité adaptée et si oui dans quelle mesure. En résumé l'état de fait n'est pas établi en application des art. 43 LPGA et 69 RAI. Vu que l'autorité inférieure s'est fondée sur une documentation médicale incomplète et lacunaire, la décision attaquée doit ainsi être annulée et l'affaire, conformément à la conclusion subsidiaire du recourant, être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire. L'autorité inférieure mettra en oeuvre en Suisse une expertise contenant au moins un volet rhumatologique ou orthopédique portant notamment sur le rachis et le membre supérieur gauche et un volet neurologique et de médecine interne, voire un volet psychiatrique, vu les indices relevés d'une éventuelle consommation pathologique d'alcool, en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; ATF 139 V 99 consid. 1.1; arrêt du TF 9C_646/2010 du 3 février 2011 consid. 4) afin qu'une nouvelle décision puisse être rendue (cf. ég. arrêt TAF C-3708/2013 du 14 septembre 2015 consid. 10).

E. 13.2

L'expertise devra ainsi présenter une anamnèse substantielle, la description de l'évolution des atteintes et leur actualité, la discussion des appréciations controversées, la motivation à l'appui des appréciations retenues quant à la capacité de travail, eu égard au fait que l'expert est mandaté spécialement pour répondre in fine avec une complète motivation à toutes les questions posées par l'évaluation étayée de la capacité de travail de l'assuré (la finalité de l'expertise) et non uniquement sur son état de santé, étant ici précisé que l'exposé seul par l'expert d'une appréciation contraire d'un rapport médical suivie de son appréciation divergente ne remplit pas les critères d'une valeur probante (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4). Une fois la nouvelle expertise reçue l'office AI, avant de se prononcer par une nouvelle décision, veillera à ce que le rapport remplisse les critères de valeur probante au regard notamment des Lignes directrices SSR, et qu'en particulier toutes les questions en relation avec la présente cause auront été traitées. Avec le concours de son SMR (art. 59 al. 2bis LAI, cf. supra consid. 10.1), dont les médecins spécialisés dans les domaines concernés par le cas, il vérifiera le caractère complet et probant de la nouvelle expertise produite selon les critères de la jurisprudence. Une note au dossier sera à cet effet spécialement établie, préalablement à l'évaluation par le SMR de la capacité de travail de l'intéressé. Cas échéant l'office AI invitera l'expert à se prononcer clairement par un complément à son expertise, eu égard à la finalité de son mandat.

E. 13.3

Il dépendra de la nouvelle appréciation de la capacité de travail si un abattement supérieur à 15% se justifie. Il sied de relever à ce sujet que le TAF, lorsqu'il examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité (cf. Valterio, op. cit., n° 2129 ss) et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

E. 14.1

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause par l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction (ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

E. 14.2

Le recourant ayant agi en s'étant fait représenter, il lui est alloué une indemnité de dépens de 2'500.- francs à charge de l'autorité inférieure (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]), compte tenu du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant. (Le dispositif figure sur la page suivante)

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