

BVGer C-6744/2018 vom 29. März 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6744_2018

FR: TAF C-6744/2018 du 29 mars 2021

IT: TAF C-6744/2018 del 29 marzo 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI et à des mesures d'ordre professionnel.

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 ; Pierre Moor/Etienne 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, ATF 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 (Pierre Moor/Etienne 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, ATF 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 3.2

En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 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, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2) Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine, c'est à juste titre que l'OAI du canton C._____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIIE a notifié la décision entreprise.

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

E. 4.1.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1.2

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

E. 4.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue

(en l'espèce, le 6 novembre 2018). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

E. 5

En l'espèce, 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 (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 6.2

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

E. 6.3

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6.4

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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 4 novembre 2010 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 20 février 2018, date de la décision entreprise marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et les références).

E. 7.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 7.1.1

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 7.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd. 2015, art. 42 LPGA n° 30 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101)
(Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 8

Dans le cadre de l'instruction de la demande, les pièces suivantes ont notamment été versées au dossier : - une attestation d'accident du 1 décembre 2016 de la Dresse I._____, praticienne hospitalière, en vertu de laquelle le recourant a été reçu aux urgences le jour même et il est jugé que l'état de santé nécessite un arrêt de travail jusqu'au 7 décembre 2016 (AI doc 1) ; - une ordonnance médicale du même jour et de la même médecin (AI doc 8) ; - une ordonnance médicale du 3 décembre 2016 de la Dresse Y._____, interniste (AI doc 1) ; - une ordonnance médicale du 5 décembre 2016 du Dr J._____, médecin généraliste (AI doc 1) ; - un rapport du 7 décembre 2016 du Dr K._____, ancien interne des Hôpitaux de (...) et ancien attaché en Premier des Hospices Civils de (...), indiquant en rapport avec une radiographie du bassin de face en charge une inflexion dextro-convexe et une lombarthrose avec ostéophytes en becs de perroquet L4-L5 gauche ainsi qu'un tassement du plateau supérieur de L4, et concluant à un bilan à revoir avec le praticien pour la suite et la conduite à tenir (AI doc 1) ; - une ordonnance médicale du 9 décembre 2016 du Dr J._____, afin de faire pratiquer dix séances de massages avec rééducation du rachis lombaire sous forme de massages décontractants avec physiothérapie et verrouillage du rachis (AI doc 1) ; - un rapport d'IRM lombaire du 27 décembre 2016 du Dr J._____, indiquant une lombalgie ainsi qu'une fessalgie gauche et un tassement radiographique du plateau supérieur de L4 sans caractère de trauma récent ? (AI doc 1) ; - un rapport d'IRM du rachis lombaire du 29 décembre 2016 du Dr L._____, radiologue, concluant à l'absence de conflit discoradiculaire, mais à l'existence d'un aspect de spondylose déformante à l'étage L4 associée à de discrets phénomènes oedémateux pouvant rendre compte d'une symptomatologie douloureuse (AI doc 1) ; - plusieurs certificats médicaux du Dr J._____, du Dr M._____, rhumatologue, et enfin du Dr N._____, médecin généraliste, attestant de consultations et de l'arrêt de travail pour des raisons médicales du recourant (AI doc 1) ; - un compte-rendu d'examen en laboratoire, une ordonnance médicale et un rapport au sujet d'un scanner abdominal faisant état de douleurs en ceinture et flanc gauche - écho. négative, établis le 24 février 2017 par le Dr J._____ (AI doc 1) ; - une correspondance du 27 février 2017 du Dr M._____ au Dr J._____, dans laquelle il déclare que l'examen a donné des signes de lombalgie par insuffisance discale et une absence de signes de conflit disco-radiculaire, en précisant le traitement prescrit, le début d'une rééducation du dos et une prolongation de l'arrêt de travail (AI doc 10) ; - plusieurs rapports relatifs à des examens biologiques (AI doc 1) ; - un rapport du 9 mars 2017 de la Dresse O._____, remplaçante du Dr J._____ et dont la spécialisation n'est pas indiquée, duquel il ressort quelques petits troubles dégénératifs du rachis cervical, un bon alignement des corps vertébraux, l'absence de tassement vertébral et d'épaississement des parties molles pré-vertébrales, ainsi que la conservation du calibre des foramens (AI doc 1) ; - un rapport du 16 mars 2017 de la Dresse P._____, radiologue, dont la conclusion est un scanner abdo-pelvien sans particularité (AI doc 1) ; - un document du 5 avril 2017 du Dr Q._____, neurochirurgien, invitant un confrère à une prise en charge pour infiltration scannoguidée extraforaminale L4-L5 gauche et signalant que le recourant présente une symptomatologie lombocruralgie gauche, mais précisant qu'il n'est pas en mesure de prendre une décision sur la conduite à tenir et notamment sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale (AI doc 1) ; - un rapport de l'assureur-accidents du 6 avril 2017 à propos d'un entretien conduit avec le recourant en présence d'une interprète (AI doc 1) ; - un

compte-rendu de consultation du 27 avril 2017 du Dr R. _____, ancien interne et ancien chef de clinique assistant des Hôpitaux de (...), lequel propose une infiltration épidurale L4-L5 gauche, une infiltration foraminale ou extra-foraminale n'étant plus possible du fait de la disparition de l'Altim (AI doc 1) ; - un certificat médical du 30 avril 2017 du Dr S. _____, médecin urgentiste, indiquant avoir examiné le recourant ce jour aux urgences et que son état de santé nécessite un arrêt de travail jusqu'au 6 mai 2017 inclus (AI doc 1) ; - un rapport du 6 mai 2017 du Dr R. _____ sur une infiltration épidurale L4-L5 gauche, ne relevant pas de complication au décours immédiat du geste et dont le médecin espère une amélioration au niveau des douleurs du recourant (AI doc 1) ; - une ordonnance médicale du Dr J. _____ du 9 mai 2017 (AI doc 1) ; - un résumé des consultations du 10 juillet 2017 élaboré par le Dr Q. _____ (AI doc 12) ; - un extrait du compte individuel du 11 juillet 2017 (AI doc 9) ; - un formulaire E 207 CH concernant la carrière de l'assuré du 12 juillet 2017 (AI doc 11) ; - le dossier de l'assureur-accidents du recourant en l'état au 15 août 2017, contenant notamment un rapport médical intermédiaire du 10 mars 2017 du Dr J. _____ qui pose un diagnostic de lombalgie et de fessalgie gauche, et qui spécifie que la douleur est mécanique, aussi nocturne et en voie de guérison ; des radiographies ; un rapport du 11 avril 2017 du Dr T. _____, ancien interne et ancien chef de clinique assistant des Hôpitaux de (...), ancien chef de clinique des Hôpitaux Universitaires de (...), qui conclut à une inflexion scoliotique dextro-convexe du rachis lombaire, centrée sur L3, et à une légère déformation en coin de L4 (séquelle traumatique ancienne ?), avec discopathie L3-L4 débutante ; plusieurs ordonnances médicales du Dr J. _____ ; un formulaire E 123 CH du 16 décembre 2016 ; un rapport médical initial LAA du 15 février 2017 du Dr U. _____, médecin urgentiste, lequel retient un diagnostic de lombalgie et octroie un arrêt de travail jusqu'au 7 décembre 2016 ; une notice téléphonique du 26 janvier 2017 avec l'employeur qui indique que le recourant est allé travailler du 23 au 25 janvier 2017 avant d'être à nouveau en arrêt de travail (AI doc 19) ; - un rapport du 26 juillet 2017 du Dr N. _____, attestant d'une sciatalgie et d'une hernie cervicale inopérable à ce moment, exprimant un pronostic incertain, concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 1er décembre 2016 et d'une durée indéterminable, ainsi que relevant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités uniquement en position assise, debout, dans différentes positions, principalement en marchant (terrain irrégulier ?), ne pas pencher, ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, avec rotation en position assise/debout, ne pas soulever/porter, ne pas monter sur une échelle/un échafaudage, ne pas monter les escaliers (AI doc 20) ; - un rapport médical détaillé E 213 CH du même jour établi par le même médecin, reprenant les éléments du rapport ci-dessus et précisant que l'assuré peut travailler sur écran, mais que même un travail adapté n'est pas possible et que le médecin n'est pas en mesure de répondre à la question de savoir si une amélioration de l'état de santé est possible (AI doc 21).

E. 9

A ensuite été ajoutée au dossier au cours de la procédure d'intervention précoce notamment la documentation suivante : - une ordonnance médicale du 1er septembre 2017 du Dr Q. _____ pour faire un fond d'oeil pour un myélo-scanner qui aura lieu le 22 du mois (AI doc 24) ; - un courrier daté du même jour par le même médecin à l'attention d'un confrère et d'un contenu similaire à celui du 5 avril 2017, mais aux fins de la prise en charge pour le myéloscanner (AI doc 33) ; - une copie des contrats de travail (AI doc 25) ; - un rapport d'évaluation d'intervention précoce du 5 septembre 2017, proposant une mesure de ce type consistant à suivre des cours de français et avertissant que le recourant risque de ne pas

avoir droit à la réadaptation (AI doc 26) ; - un compte-rendu du 11 septembre 2017 du Dr V._____, ophtalmologiste, concluant à l'absence de contre-indication sur le plan ophtalmologique à la pratique d'un myéloscanner (AI doc 33) ; - un descriptif des cours de français en question du 13 septembre 2017 (AI doc 31) ; - un rapport du 22 septembre 2017 de la Dresse W._____, radiologue, relatif à un myéloscanner lombaire, dont les résultats sont une ponction en L2-L3 ramenant un liquide clair normo-tendu, une opacification d'un fourreau dural de taille normale, une opacification homogène, une bonne visibilité de l'ensemble des gaines radiculaires sans conflit latéralisé, une empreinte discale antérieure par discopathie L3-L4 et un respect de l'étage dorsal (AI doc 33) ; - un autre rapport du même jour et de la même médecin en lien avec un examen tomодensitométrique lombaire, concluant au respect des espaces L1-L2 et L2-L3, à une discopathie L3-L4 avec un débord discal circonférentiel et latéral gauche, à un respect des disques L4-L5 et L5-S1, à une absence de conflit disco-radiculaire significatif et au respect des dimensions du canal lombaire (AI doc 33) ; - un plan de réadaptation : contrat d'objectifs du 28 septembre 2017 (AI doc 27) ; - de la correspondance du 3 octobre 2017 relative à un stage de rééducation dans une clinique (AI doc 27) ; - un descriptif du cours de langue : français niveau 2, daté du 2 octobre 2017 (AI doc 34) ; - un questionnaire pour l'employeur : réadaptation du 10 octobre 2017 avec des relevés du compte salaire de 2016 et 2017 (AI doc 36) ; - une note de travail d'intervention précoce du 20 octobre 2017, dont il ressort que le recourant s'est fait hospitaliser dans une clinique du 27 novembre au 16 décembre 2017 (AI doc 38) ; - une attestation du 14 février 2018 au sujet du niveau de français atteint par le recourant au moyen des cours suivis (AI doc 44) ; - le dossier de l'assureur-maladie du recourant en l'état au 15 février 2018, contenant notamment un certificat médical concernant l'incapacité de travail du 2 décembre 2017 du Dr N._____ qui formule des diagnostics de lombalgies et de hernie cervicale dès le 1er décembre 2016 avec des symptômes identiques malgré les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'arrêt de travail prolongé, le myéloscanner ne montrant aucune complication opératoire et indication opératoire, qui émet un pronostic indéterminable et déclare une incapacité de travail totale perdurant ; un certificat médical du 25 août 2017 du même médecin au contenu similaire ; un décompte d'indemnités journalières versées du 15 février 2018 (AI doc 45) ; - un lettre de convocation à un stage dans une unité d'évaluation polyvalente du 13 mars 2018 (AI doc 47) ; - un formulaire d'indemnités journalières AI du 27 avril 2018 (AI doc 50) ; - un rapport de synthèse du 2 mai 2018 de l'institution dispensant le cours de formation, émettant des réserves sur les possibilités d'orientation envisageables du recourant du fait de la non tenue de la position statique sur la durée ainsi que l'impossibilité de porter des charges, et un rapport professionnel plus détaillé avec notamment relevé des présences et indication des cibles professionnelles, à savoir opérateur de production (montage, assemblage, conditionnement, etc.), mais avec les réserves précitées, une mesure d'orientation au sens de l'art. 15 LAI, s'il en a droit, pouvant permettre d'affiner les possibilités d'orientation (AI doc 51) ; - un rapport de clôture d'intervention précoce du 10 juillet 2018 (AI doc 53) ; - un rapport final subséquent du 12 juillet 2018 du SMR (AI doc 55) ; - une note sur le statut du 14 août 2018 retenant le statut d'actif dans le cas du recourant (AI doc 57) ; - un extrait du compte individuel du 21 août 2018 (AI doc 60) ; - un avis de permanence du groupe de réadaptation du 19 septembre 2018, déconseillant une attribution à la réadaptation dans la mesure où il est jugé que des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquate et qu'elles ne permettraient pas de réduire le dommage, et proposant un abattement de 10 % au maximum (AI doc 61) ; - une détermination du degré d'invalidité du 14 août 2018 (AI doc 63) ; - un

rapport d'IRM lombaire du 14 août 2018 du Dr X. _____, radiologue, concluant à une discopathie L4-L5 avec petite saillie discale médiane associée à des dimensions canalaire un peu limitées à cet étage (AI doc 65) ; - des formulaires du 24 septembre 2018 « Demande de pension d'invalidité P2200 », « Informations spécifiques au pays P3000 », « Rapport relatif à la carrière d'assurance P4000 », « Périodes d'assurance/de résidence P5000 » et « Décision relative à la pension P6000 » (AI doc 64) ; - un rapport d'IRM cervicale du 26 septembre 2018 du Dr X. _____, concluant à un débord disco-ostéophytique latéralisé à gauche en C4-C5 susceptible d'expliquer un conflit à cet endroit (AI doc 65) ; - un certificat médical du 4 octobre 2018 du Dr N. _____, assurant que la pathologie lombaire du recourant ne lui permet pas une position assise ou debout prolongée et qu'un travail en force est impossible (AI doc 65).

E. 10

La décision dont est recours se fonde manifestement sur la note sur le statut du 14 août 2018 (AI doc 57), le rapport final subséquent du 12 juillet 2018 (AI doc 55) et l'avis médical du 29 octobre 2018 du SMR (AI doc 72), ainsi que la détermination du degré d'invalidité du 14 août 2018 (AI doc 63).

E. 11.1

Il appartient en premier lieu au Tribunal d'examiner la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAIE a considéré que le rapport final subséquent et l'avis médical du SMR susmentionnés remplissaient les exigences jurisprudentielles pour se voir accorder pleine valeur probante, l'autorisant ainsi à en suivre les conclusions pour fonder sa décision.

E. 11.2

Il appert que le rapport final subséquent, qui a servi de point de départ pour l'OAIE, est relativement bref. Il se révèle cependant compréhensible et cohérent. De plus, il semble, à première vue, pertinent. Il ne retient cependant, sur la base d'une IRM du rachis et d'une myélographie de la même zone au dossier, qu'un tassement L4, un conflit discoradiculaire n'étant pas mis en évidence. Ce faisant, d'autres atteintes à la santé du recourant constatées par d'autres médecins - telles que la lombarthrose avec ostéophytes en becs de perroquet L4-L5 gauche observée par le Dr K. _____, les petits troubles dégénératifs du rachis cervical indiqués par la Dresse O. _____, la sciatalgie et la hernie discale cervicale relevées par le Dr N. _____ - sont passées sous silence, ou du moins écartées sans en donner les motifs. Ce n'est qu'après coup, lors de l'avis médical - tout aussi succinct - du 29 octobre 2018, que le SMR par un autre de ses médecins évoque l'atteinte rachidienne au niveau cervical dont souffre le recourant en citant le Dr X. _____, lequel a retenu une atteinte discale en C4-C5. Toutefois, il estime que cette atteinte ne saurait remettre en question ses conclusions, car le médecin traitant du recourant, le Dr N. _____, n'aurait signalé aucune nouvelle limitation fonctionnelle à cet égard.

E. 11.2.1

Force est d'admettre que l'argumentation du SMR en relation avec l'atteinte rachidienne au niveau cervical n'est guère convaincante. En effet, le Tribunal peine à voir pourquoi une atteinte relevée par un radiologue (le Dr X. _____) devrait rester sans incidence du seul fait que le médecin traitant, qui plus est généraliste, n'aurait pas signalé de limitations fonctionnelles supplémentaires à ce sujet. Bien plutôt, on aurait pu attendre du SMR qu'il motive davantage cet aspect sur la base de la documentation médicale au dossier, voire qu'il recommande de demander des rapports médicaux supplémentaires quant à cette atteinte

spécifique ou d'ordonner des clarifications médicales dans ce domaine, si nécessaire en faisant appel aux services d'un spécialiste. Le Tribunal constate par ailleurs que le SMR, par une autre Dresse, ayant dû se rendre compte de cette lacune, complète spontanément sa motivation y relative dans son avis médical du 3 septembre 2019 et ajoute, respectivement corrige même des limitations fonctionnelles (port de charge limité à 5 kg, pas de mouvements répétitifs ni extrêmes avec la nuque), tout en spécifiant qu'elles n'ont pas d'effet sur la capacité de travail du recourant. Ce changement d'avis n'a cependant eu lieu qu'au stade très tardif de la duplique de l'autorité inférieure et cette dernière ne l'a même pas signalé dans son écriture, se bornant notamment à renvoyer à ce nouvel avis médical du SMR.

E. 11.2.2

De plus, on remarque que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR ne correspondent pas totalement à celles considérées par le médecin traitant. En effet, ce dernier excluait clairement dans son rapport du 26 juillet 2017 encore toute activité uniquement en position assise ou dans différentes positions, qui nécessite de se pencher, avec rotation en position assise/debout, ou d'avoir les bras au-dessus de la tête. Le recourant invoque d'ailleurs dans son mémoire de recours d'autres limitations fonctionnelles que celles admises par le SMR et qui rejoignent en partie celles émises par son médecin traitant. Ainsi, il se plaint implicitement d'une constatation inexacte de son invalidité. Or, l'autorité inférieure ne s'est pas non plus déterminée sur ce grief dans sa réponse au recours, en se contentant de renvoyer aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR. De surcroît, le recourant a rappelé dans ses mémoires de réplique et de triplique les incohérences y afférentes qui existent entre les rapports du médecin traitant et leur retranscription dans les documents du SMR.

E. 11.3

En résumé, il existe des indices suffisants en lien avec l'atteinte rachidienne au niveau cervical qui plaident contre la fiabilité du rapport final subséquent et l'avis médical du 29 octobre 2018 du SMR. Au vu des exigences sévères posées à l'encontre de ce type de rapports (cf. ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consdi. 4.4, 122 V 157 consid. 1d), l'autorité inférieure n'était ainsi pas en droit de leur accorder pleine valeur probante pour nier au recourant un éventuel droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Le fait que le SMR ait ajouté, respectivement corrigé des limitations fonctionnelles au stade très tardif de la duplique n'y change rien. En outre, il convient de rappeler que la détermination du degré d'invalidité du 14 août 2018 sur laquelle la décision attaquée se base pour le calcul du taux d'invalidité avait octroyé un abattement de 10 % au recourant, notamment en raison des limitations fonctionnelles reconnues jusqu'alors par le SMR. Or, il ne peut être exclu que l'ajout, respectivement la correction des limitations fonctionnelles opérés soient propres à en modifier la hauteur, ce qui reste bien entendu dans le pouvoir d'appréciation reconnu habituellement à l'autorité inférieure. Toutefois, c'est aussi à tort que ladite autorité n'a pas, en l'espèce, abordé cette question dans le cadre de sa duplique.

E. 12

Par contre, l'atteinte au coude (nerf ulnaire) gauche, rapportée pour la première fois le 20 mai 2019 par la Dresse F._____ et qui remonterait à deux mois, doit faire l'objet d'une nouvelle décision, car elle est, dans tous les cas, postérieure à la date de la décision entreprise et n'est pas, a priori, étroitement liée aux autres affections dont souffre le

recourant et qui font partie des faits survenus jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir supra consid. 4.2). Le recourant, qui prétend le contraire, ne saurait dès lors être suivi sur ce point.

E. 13.1

Au vu de ce qui précède, le Tribunal se trouve dans l'impossibilité de contrôler en l'état le degré d'invalidité du recourant. Les limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé de celui-ci et leurs conséquences notamment sur le taux d'invalidité n'ont pas été investiguées à satisfaction. De plus, les pièces au dossier ne permettent pas de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de leur caractère et de leurs incidences.

E. 13.2

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort donc du dossier que la question des limitations fonctionnelles n'a pas été instruite comme il convient et mérite un éclaircissement.

E. 13.3

Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

E. 13.4

En l'occurrence, la décision querellée se fonde sur un rapport final subséquent et un avis médical du SMR qui ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels, pour refuser une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel au recourant.

E. 14

Il s'ensuit que le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il s'avère en effet nécessaire de clarifier les limitations fonctionnelles du recourant, notamment en lien avec l'atteinte rachidienne au niveau cervical. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et

ordonnera, au besoin, une expertise bi-disciplinaire orthopédique et neurologique. Les médecins devront notamment déterminer les limitations fonctionnelles du recourant et, pour ce faire, prendre désormais en compte la nouvelle atteinte au niveau du coude gauche (nerf ulnaire). L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SMR pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

E. 15

Dans la mesure où la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision, la requête du recourant tendant à l'audition des Drs N. _____ et F. _____, par ailleurs, nullement motivée, est rejetée. En effet, ces mesures d'instruction ne seraient pas aptes à modifier l'issue de la présente procédure et s'avèrent superflues.

E. 16

Cela étant, il n'est pas nécessaire d'examiner les autres griefs du recourant relatifs au marché du travail équilibré.

E. 17

Enfin, il est rappelé que les décisions prises par la sécurité sociale française ne lient pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir supra consid. 4.1.1).

E. 18.1

Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée - comme en l'espèce - à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.- versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

E. 18.2

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison 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 (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure, le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 2'800.-. Le dispositif se trouve à la page suivante.

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