

BVGer C-6986/2015 vom 13. September 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6986_2015

FR: TAF C-6986/2015 du 13 septembre 2018

IT: TAF C-6986/2015 del 13 settembre 2018

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par l'OAIE. En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

E. 1.2

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

E. 1.3

En l'occurrence, interjeté en temps utile et dans les formes légales (art. 60 LPGA et 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 59 LPGA), le recours du 29 octobre 2015 (timbre postal) est recevable, quant à la forme. Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine (AI pce 2) et a travaillé en Suisse (AI pces 2 ; 10 et 17), il doit être qualifié de frontalier si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestation de l'assurance-invalidité a été menée par

l'OAI-G._____ et la décision de refus notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI ; AI pces 7 ; 68 ; 70).

E. 2.1

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2). 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 ; voir aussi l'arrêt du TF 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

E. 2.2

Au niveau du droit international, 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) est entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.2.1 ; 128 V 315 consid. 1b/aa). 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du TF 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC ; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C_54/2012 du 2 avril 2012 ; I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

E. 2.3

En l'occurrence, le recourant est un ressortissant français résidant en France, soit un état membre de l'Union européenne, et a été assuré en Suisse en y ayant travaillé comme frontalier (cf. extrait du compte individuel du recourant du 22 août 2012 [AI pce 10] et AI pce 56 p. 175). Ainsi, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'au 8 septembre 2015, date de la décision attaquée qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b).

E. 3.1

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

procédure administrative fédérale, 2013, p.105 n°176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n°1.55).

E. 3.2

En l'occurrence, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision attaquée du 8 septembre 2015 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'intéressé au motif que l'intéressé ne souffre d'aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer durablement sa capacité de travail et par conséquent de gain, de sorte que les conditions pour l'octroi d'une rente invalidité ne sont pas remplies. Le Tribunal doit examiner en particulier si le recourant souffre d'une atteinte à sa santé entraînant une incapacité de gain.

E. 4.1

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 et 29 al. 1 LAI) ; - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois ans au moins (art. 36 LAI).

E. 4.2

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant six ans (cf. AI pce 10). Il remplit donc la condition de la durée minimale de cotisation eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner la notion d'invalidité et son degré dans le cas d'espèce.

E. 4.3

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 ; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En application 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 4.4

En l'espèce, il ressort des pièces figurant à la procédure que le recourant a adressé sa demande de prestations le 15 août 2012 (AI pces 2 et 4), de sorte que le délai de six mois au sens de l'art. 29 al. 1 LAI s'est échu à la fin du mois de janvier 2012. Sur la base des dates retenues par l'employeur du recourant et de l'assureur perte de gain, l'autorité inférieure a repris la date du 13 février 2012 comme début de l'incapacité de travail (AI pce 67). Ainsi le délai d'une année déterminé à l'art. 28 al. 1 LAI s'est terminé une année plus tard, soit le 13 février 2013. Partant, l'éventuel droit à la rente du recourant a pris naissance le 13 février 2013. Enfin, il reste encore à examiner si le recourant est invalide au sens de la loi.

E. 4.5

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

E. 4.6

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

E. 5.1

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. La constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents est un motif de recours (art. 49 let. b PA).

E. 5.2

Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Ce qui en définitive constitue 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

E. 5.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 5.3.1

La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. Michel Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI)*, 2011, p. 797 n°2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b ; arrêt du TF I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). Au demeurant, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour soulever, dans le cadre d'un recours, un argument quant à un éventuel motif de récusation lorsque celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 V 93 consid. 7.4.2).

E. 5.3.2

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

E. 5.3.3

S'agissant des rapports des SMR d'un assureur partie au procès, au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne

doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, op. cit. p. 799 n° 2920 ss). Par ailleurs, comme tout expert, les médecins d'un SMR doivent disposer des compétences professionnelles nécessaires (arrêt du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3). Les rapports SMR sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). 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 minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. p. 799 n° 2920).

E. 6

En l'espèce, la décision attaquée est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du Dr K. _____ et de la Dresse L. _____ du 4 novembre 2014 (cf. AI pce 56), lequel se base notamment sur le rapport médical du 11 juillet 2012 de la Dresse F. _____, le rapport médical du 21 février 2012 du Dr E. _____, les rapports médicaux des 16 mars et 3 mai 2012 du Dr H. _____ ainsi que les rapports médicaux des 20 juin 2012 et du 10 mai 2013 du Dr D. _____. La décision litigieuse se fonde au surplus sur les prises de position SMR des 9 février et 16 juillet 2015.

E. 6.1

L'expertise du 4 novembre 2014 du J. _____ est une expertise neurologique du recourant. Comme relevé par les experts (p. 180), le Tribunal constate qu'il ressort des pièces médicales au dossier ainsi que de dite expertise, que le recourant souffre de symptômes vagues et relativement changeants et qu'aucun diagnostic précis n'a pu être posé avant dite expertise (AI pce 24, p. 88).

E. 6.1.1

S'agissant des plaintes du patient, les experts ont en particulier constaté que ce dernier évoquait une fatigue importante, des démangeaisons dans les cuisses, mollets et pieds, des crampes plus aux jambes qu'aux bras ainsi que des spasmes musculaires (AI pce 56 p. 176). Le recourant a également fait état de douleurs au niveau thoraciques et d'une perte de 8 kg sans changement de son régime alimentaire. Il ressort des constatations objectives

effectuées par les experts au cours de l'examen du recourant, que ce dernier présente un bon état général, qu'il a réussi différents tests : tonus conservé aux quatre membres ; épreuves des bras et des jambes tendues ; testing de la force segmentaire ; épreuve doigt-nez et talon-genou ; marche normale ; marche du funambule ; marche sur les pointes ; accroupissement (p. 177 à 178). Ses réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques, ses réflexes cutanéoplantaires sont en flexion des deux côtés, la sensibilité tacto algique et la discrimination sensitive est conservée aux quatre membres, le sens postural est conservé aux quatre membres et les réflexes cutanéoploabdominaux sont présents et symétriques (p. 178). Les experts ont cependant relevé une amyotrophie au niveau de la partie distale des jambes, légèrement hypotrophiques (p. 177), une sensibilité thermique diminuée à partir des coudes jusqu'à la main des deux côtés, et à partir des hanches dans les jambes, ainsi qu'un Romberg avec discrète danse des tendons et une marche sur les talons plus difficile. Dans la discussion, les experts ont dès lors estimé que, cliniquement, le status neurologique était normal hormis la présence de pieds creux et une possible discrète hypotrophie distale des membres inférieurs (p. 180).

E. 6.1.2

Les examens médicaux effectués dans le cadre de celle-ci ont mis en évidence, pour l'IRM musculaire, une anomalie de signal prédominant au niveau des membres inférieurs avec pattern asymétrique, sans argument en faveur d'une non-utilisation, mais plutôt en faveur d'une pathologie neuromusculaire. Cet examen a identifié une amyotrophie et involution graisseuse prédominant aux membres inférieurs avec pattern asymétrique en défaveur de la gauche (p. 178, 181 et 187). L'ENMG a montré une activité de repos anormale (fibrillations et fasciculations) et des potentiels de grande amplitude, témoignant d'une atteinte neurogène chronique (p. 178, 184 et 185). Quant à la biopsie musculaire du péronier superficiel gauche, elle a mis en évidence une atteinte musculaire très sévère terminale avec atrophie fibrolipomatose (p. 179 et 181). L'atteinte a été considérée comme compatible avec une atteinte neurogène chronique (p. 179). Les experts ont pu exclure une myosite au vu du résultat de la biopsie, car celle-ci n'a pas mis en évidence de signe d'inflammation (p. 181). Aucun argument n'a été retenu en faveur d'une dystrophie musculaire ou d'une myopathie toxique, médicamenteuse ou métabolique ainsi que d'une polyneuropathie (p. 181). Les experts ont indiqué avoir prévu une biopsie du nerf combinée avec celle du muscle, mais que cette dernière avait été refusée par le recourant lequel souhaite l'effectuer ailleurs. Au final, les diagnostics d'atteinte neurogène périphérique chronique sans argument pour un processus actif, possiblement dans le cadre d'un status post-poliomyélite ainsi que des céphalées de tension occasionnelles ont été retenus (p. 180). Un syndrome post-poliomyélite stable, après exclusion d'une neuropathie, a été retenu comme diagnostic différentiel (p. 181).

E. 6.1.3

Les diagnostics de myosite ou de polymyosite, soit des maladies inflammatoires des muscles (selon le Larousse médical disponible sur www.larousse.fr) ont été évoqués par les différents médecins consultés. Ainsi, la Dresse F. _____ a soupçonné une myosite dans le contexte d'un taux persistant anormalement élevé de CPK d'origine indéterminée (AI pce 1 p. 8) et le Dr D. _____ a retenu une polymyosite (CIM-10 M.33.2) « avec bilan en cours mais retardé par disponibilité des spécialistes » (AI pce 1 p. 11). Force est de constater que les diagnostics de myosite ou de polymyosite ont été avancés par les médecins précités avec retenue et que lesdits diagnostics ont été posés dans un contexte d'incertitude. Il ressort de la

documentation médicale au dossier que ces mêmes diagnostics ont pu être écartés par plusieurs autres médecins dans le cadre de leur examen du recourant. Ainsi le Dr U._____, cardiologue, a considéré, suite à un examen du recourant le 29 mars 2012, qu'il n'y avait pas « d'arguments en faveur d'une éventuelle cardiomyopathie » (AI pce 1 p. 21) et le Dr H._____ (rapports des 16 mars, 3 mai et 22 octobre 2012 ; AI pces 22 p. 78, 84 et 85) a retenu que l'élévation des CPK n'était pas pathologique et a rejeté les diagnostics de myopathie métabolique, de dystrophie musculaire, de myopathie congénitale et de myosite, vu l'absence de myoglobinurie et d'épisode paralytique post-effort ainsi que de fluctuation de la maladie au cours du temps. La Dresse S._____ a indiqué qu'il y avait peu d'éléments pour une maladie auto-immune expliquant la symptomatologie (annexe TAF pce 35). Le Tribunal estime dès lors que l'exclusion par les experts d'une maladie relative aux muscles, au profit d'une maladie du système nerveux, ne prête pas le flanc à la critique.

E. 6.1.4

S'agissant plus précisément de l'amyotrophie mise en évidence par l'expertise médicale au niveau de la partie distale des jambes, la Dresse O._____ a retenu également au cours de l'examen de l'intéressé le 2 janvier 2014 une discrète amyotrophie distale (rapport du 13 janvier 2014, annexe pce TAF 1) et la Dresse T._____ a pu observer au cours d'un examen du 11 juin 2013 une amyotrophie du membre inférieur gauche prédominant sur la loge antérieure (rapport du 13 juin 2013, annexe TAF pce 35). Ces diminutions de volumes du muscle ont également été constatées par d'autres médecins en dehors de la période d'un éventuel droit à la rente (cf. rapport du 11 juillet 2012 de la Dresse F._____ qui a constaté une diminution d'environ 1 cm du diamètre du bas de la jambe gauche en comparaison avec la droite [AI pce 1 p. 9] ; rapport du 21 février 2012 du Dr E._____ lequel a constaté des signes « d'atrophie neurogène d'allure chronique dans toute la musculature explorée [AI pce 1 p. 20] ; rapport de la Dresse T._____ du 26 novembre 2012 [annexe TAF pce 35]. Le Dr H._____ n'a pour sa part constaté aucune atrophie focalisée (rapport du 16 mars 2012, AI pce 22 p. 78). Durant la période déterminante, les Dresses O._____ et T._____ ont observé un très discret déficit au niveau de la loge antérieure de la jambe prédominant en distalité (rapport du 13 janvier 2014 de la Dresse O._____, annexe TAF pce 1) et un déficit bilatéral des fléchisseurs des pieds (rapport du 13 juin 2013 de la Dresse T._____, annexe à TAF pce 35). Hors de la période d'un éventuel droit à la rente, la Dresse T._____ a relevé un déficit bilatéral au niveau des extenseurs des pieds (rapport de la Dresse T._____ du 26 novembre 2012, annexe TAF pce 35). Dans le même sens que l'expertise, le Dr H._____ n'a constaté aucun déficit moteur et a relevé que le recourant pouvait effectuer dix genu flexions sans aucun problème (rapport du 16 mars 2012, AI pce 22 p. 78 et rapport du 15 mars 2016, annexe TAF pce 14). La Dresse F._____ a également relevé que les facultés motrices étaient intactes (rapport du 11 juillet 2012, AI pce 1 p. 8) et le Dr E._____ n'a constaté aucun déficit moteur (rapport du 21 février 2012, AI pce 1 p. 20). Il ressort de ces différentes pièces médicales que des déficits moteurs ont été relevés par quelques médecins uniquement et que lorsque tel fut le cas, le déficit identifié était discret ou changeant en fonction des examens de sorte qu'un premier déficit identifié n'a pu être retrouvé au cours d'un examen ultérieur. De plus, les experts n'ont pas mis en évidence de déficit moteur mais confirmé des réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques, des réflexes cutanéoplantaires en flexion des deux côtés ainsi que des réflexes cutanéobdominaux présents et symétriques (AI pce 56, p. 178). Il faut dès lors considérer que le recourant ne souffre pas, à la vraisemblance prépondérante, d'un déficit moteur affectant sa capacité de travail.

E. 6.1.5

S'agissant de la capacité de travail du recourant, les experts ont estimé que les diagnostics retenus n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de machiniste, la situation étant par ailleurs restée inchangée par rapport à avant 2011 (p. 182). L'expertise conclut donc qu'il n'y a pas de nouvelle limitation (p. 182). Le Dr H. _____ dans un rapport médical daté du 3 mai 2012 a retenu quant à lui, compte tenu entre autres de la normalité de l'examen clinique, qu'il ne voyait aucune contre-indication à la reprise du travail (AI pce 22 p. 84). A la suite d'un examen en juillet 2012, la Dresse F. _____ a pour sa part conclu à une incapacité de travail totale (AI pce 1 p. 10). Dite Dresse est toutefois arrivée à cette conclusion dans un contexte d'incertitude quant aux diagnostics et en tenant compte du nombre importants d'examens d'exploration auxquels le recourant devait se soumettre, précisant que le futur montrerait si et à quel degré la capacité de travail serait recouvrée. Par ailleurs, cette Dresse n'est pas neurologue de telle sorte que sa prise de position ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise médicale établie postérieurement. Le médecin traitant du recourant, soit le Dr D. _____, a également retenu une incapacité de travail totale du recourant (AI pces 1 p. 12 et 25) sans toutefois indiquer de quelle façon il arrivait à cette conclusion. Aussi, ces rapports ne peuvent convaincre et ne sauraient avoir la force probante requise notamment eu égard à la jurisprudence relative aux médecins traitants (cf. supra consid. 5.3.2). Ils ne sont dès lors par en mesure de remettre en question l'appréciation faite dans l'expertise.

E. 6.1.6

Les experts ont par ailleurs laissé à l'office AI le soin de juger de la nécessité de procéder également à une évaluation rhumatologique et/ou psychiatrique du recourant (AI pce 56 p. 181 à 182). Il ressort du dossier que l'office AI, suite à la consultation de son médecin SMR lequel ne s'est pas prononcé explicitement sur cette question, n'a pas procédé à un complément d'expertise avec un volet rhumatologique et/ou psychiatrique. Le Tribunal constate à ce sujet que l'expertise du J. _____ a pris en compte l'ensemble des plaintes du recourant et que ce dernier n'a fait mention d'aucune douleur pouvant relever du domaine de la rhumatologie, notamment d'algies lombaires (p. 177). De plus, les experts ont relevés que le moral du recourant était conservé, qu'il ne ressentait pas de découragement et n'avait pas d'idées noires, et que sa personnalité et son comportement sont stables (p.177). Du dossier médical, il ne ressort aucun indice concernant une affection rhumatologique ou psychique. Le Tribunal considère donc que c'est à bon droit que l'office AI n'a pas procédé à un complément d'expertise.

E. 6.1.7

Au vu de ce qui précède, le Tribunal considère que les constatations objectives telles que relevées dans l'expertise médicale sont cohérentes avec la documentation médicale au dossier. S'agissant de la valeur probante de l'expertise médicale du 4 novembre 2014, le Tribunal constate que le rapport a été rédigé à la suite d'une visite médicale effectuée le 14 mars 2014, que les experts ont tenu compte des plaintes subjectives du recourant (AI pce 56 p. 176 ss) et qu'il s'est fondé sur des examens cliniques complets en pleine connaissance de l'anamnèse (p. 177 ss). Par ailleurs, les experts ont eu accès à toute la documentation médicale au dossier comprenant notamment plusieurs résultats de laboratoire et des rapports d'EMG et d'ENMG (p.170 à 175). Finalement, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions auxquelles les experts parviennent sont précises, convaincantes et détaillées (p. 180 ss). Il y a donc lieu de

conférer une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise du 4 novembre 2014 du J._____.

E. 6.2

Pour rendre sa décision, l'autorité inférieure s'est en outre basée sur les prises de position de son service médical régional. Dans un premier avis médical du 13 décembre 2013, le Dr M._____ a considéré qu'une expertise neurologique était nécessaire compte tenu du fait qu'un diagnostic n'avait vraisemblablement pas encore été clairement établi (AI pce 43). Puis, dans un avis du 9 février 2015, au vu de l'expertise médicale et des pièces médicales au dossier, le Dr M._____ a repris les diagnostics posés par les experts tout en précisant qu'ils n'étaient pas du ressort de l'AI et qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durable au sens de l'AI (AI pce 58). Ce faisant, il a confirmé les résultats de l'expertise du J._____. Le médecin a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au plus tard dès le 23 avril 2012, date de l'examen du recourant par le Dr H._____. Le SMR a considéré que les constats des experts étayaient leurs conclusions y compris au sujet de l'évolution antérieure de la capacité de travail. Selon le SMR, le Dr H._____ avait en effet considéré après un examen du 23 avril 2012 que la reprise du travail était possible et que l'incapacité de travail retenue par la Dresse F._____ dans son rapport du 11 juillet 2012 s'expliquait, non pas en raison de l'état de santé du recourant, mais compte tenu d'un besoin d'investigation. Puis, dans un avis médical du 16 juillet 2015 suite à l'opposition de l'intéressé, le Dr M._____ a confirmé sa position, soit l'absence d'effet incapacitant durable de l'atteinte neurogène périphérique chronique diagnostiquée dans l'activité exercée. Il faut dès lors considérer que le Dr M._____ a pu se faire une idée précise de l'état de santé du recourant en examinant de manière approfondie tous les rapports médicaux présents au dossier. L'appréciation de la situation médicale faite par le médecin SMR est claire et se base sur des constatations objectives. De même, les conclusions auxquelles il aboutit sont motivées. Sa prise de position s'insère ainsi avec cohérence dans le substrat médical ressortant des autres pièces du dossier. Cependant les pièces médicales suivantes ne se trouvaient pas au dossier de l'office AI au moment de la prise de décision (annexes TAF pce 35) : rapport du 29 juin 2012 de la Dresse S._____, rapport du 10 juillet 2012 de la Dresse S._____, rapport du 26 novembre 2012 de la Dresse T._____, rapport du 13 juin 2013 de la Dresse T._____. Toutefois, le fait que le dossier de l'autorité inférieure ne contenait pas, au moment de la décision attaquée, toutes les pièces médicales citées dans le rapport d'expertise (cf. supra let. O), ne saurait remettre en question le bien-fondé de la décision attaquée. En effet, il faut considérer que les experts neurologues du J._____ étaient en possession de toutes les pièces médicales et que dès lors le dossier médical nécessaire à l'établissement du rapport d'expertise était lui complet. Pour rendre sa décision, l'autorité inférieure s'est basée principalement sur ledit rapport d'expertise. Le Tribunal peut dès lors suivre l'avis du médecin SMR du 4 juillet 2018 selon lequel la documentation médicale non présente au dossier au moment de la décision querellée n'est pas de nature à modifier ses conclusions des 9 février 2015 et 16 juillet 2015. En effet, il a confirmé les résultats de l'expertise du J._____ et lesdites pièces manquantes avaient été résumées dans l'expertise du J._____, et ce faisant avaient été malgré tout portées à la connaissance du médecin SMR (annexes TAF pce 35 ; AI pce 56 p. 171 à 174). Le rapport SMR du 9 février 2015 dispose de ce fait d'une pleine valeur probante.

E. 7

Pour le surplus, le Tribunal relève que les documents médicaux produits dans le cadre de la présente procédure qui se prononcent sur l'état de santé du recourant postérieurement à la décision attaquée (soit postérieurement au 5 septembre 2015) ne sauraient être pris en considération par le Tribunal de céans dans le cadre de la présente procédure. En effet, il convient de rappeler que le pouvoir d'examen du Tribunal de céans se limite aux faits survenus jusqu'au rendu de la décision querellée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2), étant précisé que les documents précités ne permettent pas une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée et ne sauraient dès lors remettre en cause l'état de fait tel que retenu jusqu'au jour de la décision attaquée (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, voir notamment arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1 ; rapport du 14 mars 2016 du Dr D. _____ [annexe TAF pce 12], rapport du 15 mars 2016 du Dr H. _____ [annexe TAF pce 14], certificat médical du 3 octobre 2016 de la Dresse P. _____ [annexe TAF pce 19], rapport du 5 mai 2017 du Dr H. _____ [annexe TAF pce 20], attestation médicale du Dr D. _____ du 22 février 2017 [annexe TAF pce 23], rapport médical d'attribution d'invalidité du 21 juillet 2017 de la Dresse Q. _____ [annexe TAF pce 23]). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

E. 8

Au vu de ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'OAIE a retenu l'absence de limitations fonctionnelles interférant avec l'activité exercée et une capacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle et ce dès le 23 avril 2012. La demande de prestations d'invalidité déposée par le recourant a dès lors été rejetée à juste titre par l'OAIE. Partant, la décision du 8 septembre 2015 doit être confirmée et le recours du 29 octobre 2015 rejeté.

E. 9

Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sur le plan médical, en particulier par une contre-expertise telle que sollicitée par le recourant.

E. 10

Le recourant ayant formulé une demande d'assistance judiciaire et ayant retourné au Tribunal de céans les pièces nécessaires à l'examen de sa demande en juin 2018 (cf. supra let. N), il convient de statuer sur dite demande dans le cadre de cet arrêt.

E. 10.1

En vertu de l'art. 63 al. 4 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), l'autorité de recours perçoit du recourant une avance de frais équivalant aux frais de procédure présumés. Par contre, la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont les conclusions ne paraissent pas d'emblée vouées à l'échec est, à sa demande, dispensée par l'autorité de recours, son président ou le juge instructeur de payer les frais de procédure (art. 65 al. 1 PA). L'autorité de recours, son président ou le juge instructeur attribue en outre un avocat à cette partie si la sauvegarde de ses droits le requiert (art. 65 al. 2 PA en relation avec l'art. 37 al. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]).

E. 10.2

Une partie est indigente, au sens des art. 65 al. 1 PA et 29 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), lorsqu'elle n'est pas en état de

supporter les frais de la procédure sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 135 I 221 consid. 5.1 ; 128 I 225 consid. 2.5.1). Pour déterminer l'indigence, il y a lieu de tenir compte de la situation financière du requérant dans son ensemble, soit d'une part de ses charges et, d'autre part, de ses ressources effectives ainsi que de sa fortune mobilière et immobilière, pour autant que celle-ci soit disponible (ATF 124 I 1 consid. 2a ; 124 I 97 consid. 3b ; arrêt du TAF C-6475/2008 du 20 décembre 2010 consid. 14.3 et les références citées).

E. 10.3

Selon le Tribunal fédéral, en matière d'assistance judiciaire, la procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Toutefois, ce principe n'est pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Ce devoir des parties comprend en particulier l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 ; arrêt du TF I 90/04 du 6 mai 2004 consid. 2 et les références ; cf. aussi arrêt du TF 1B_288/2010 du 2 novembre 2010 consid. 3.4). Ne viole pas la Constitution fédérale l'autorité qui refuse l'assistance judiciaire à celui qui omet ou néglige de prêter le concours nécessaire à l'établissement des faits pertinents pour la décision à prendre (ATF 120 Ia 179 consid. 3a ; arrêt du TF 4P.113/2004 du 7 juillet 2004 consid. 3.2). Un manque de collaboration ne peut toutefois être reproché au requérant que si l'occasion lui est donnée de compléter sa demande, lorsque celle-ci est jugée incomplète ou lacunaire, et qu'il n'y donne pas suite (arrêt du Tribunal fédéral 1B_288/2010 du 2 novembre 2010 consid. 3.4).

E. 10.4

En l'occurrence, le recourant a été invité une première fois par ordonnance du Tribunal du 4 novembre 2015 (TAF pce 3) à remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » en y joignant des moyens de preuve. Faute de réaction du recourant dans le délai imparti, ce dernier a été une nouvelle fois invité par ordonnance du Tribunal du 24 janvier 2018 (TAF pce 25) à remplir le dit formulaire et à y joindre les moyens de preuve nécessaires. Suite à l'envoi par le recourant du dit formulaire non complété et contenant diverses pièces en annexes (TAF pce 27 et annexes), le Tribunal a requis, par ordonnance du 27 mars 2018 (TAF pce 28), l'envoi par le recourant du formulaire complété ainsi que divers documents, soit en particulier : - les documents attestant de la valeur vénale de sa maison ainsi que du montant d'éventuelles dettes hypothécaires grevant ce bien, - l'attestation de prise en charge des frais de la procédure devant le Tribunal administratif fédéral par son assurance de protection juridique, - sa dernière déclaration d'impôts en intégralité et son dernier avis de taxation. Le Tribunal a par la suite rejeté la demande de prolongation de délai du 11 mai 2018 du recourant (TAF pce 30) et invité une nouvelle fois ce dernier à faire parvenir les documents demandés (TAF pce 31). Dits documents ont été partiellement produits par le recourant le 27 juin 2018 (TAF pce 34 et annexes). Ainsi l'attestation de prise en charge des frais de la procédure devant le Tribunal par l'assurance de protection juridique du recourant fait encore défaut. Quant aux documents relatifs à sa maison, le recourant n'a produit aucun document probant quant à la valeur vénale de la maison et des éventuels montants des dettes hypothécaires grevant ce bien, à l'exception d'un courrier explicatif selon lequel il a emprunté EUR 130'000.- à sa famille pour financer son achat sans preuve à l'appui. Force

est ainsi de constater que le recourant n'a pas fourni tous les documents demandés et nécessaires pour apprécier l'état de ses ressources et de ses biens afin de trancher la question de son indigence. Ce manque de collaboration peut lui être reproché, dès lors que l'occasion lui a été donnée à plusieurs reprises de compléter sa demande d'assistance judiciaire tout en l'avisant qu'il sera statué sur la base des pièces au dossier en l'absence des documents requis. Partant, le Tribunal ne peut donc pas déterminer la situation économique du recourant, de sorte que l'indigence doit être considérée comme non établie. Les conditions de l'art. 65 al. 1 PA étant cumulatives, la requête d'assistance judiciaire partielle du recourant doit dès lors être rejetée.

E. 10.5

A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêt, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue de la procédure et le rejet par le Tribunal de la requête d'assistance judiciaire partielle, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant.

E. 11

Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu en l'occurrence l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens au recourant. De plus, aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (art. 7 al. 3 FITAF).

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