

BVGer C-7476/2015 vom 17. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7476_2015

FR: TAF C-7476/2015 du 17 janvier 2019

IT: TAF C-7476/2015 del 17 gennaio 2019

Regeste

Révision de 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), le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 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, au sens de l'art. 5 PA, 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. 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 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

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 en l'espèce remplies.

E. 1.4

Manifestement déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours interjeté le 29 octobre 2015 (date du timbre postal ; annexe pce TAF 1) à l'encontre d'une décision du 2 octobre 2015 est recevable. Compte tenu du fait que le recourant est domicilié dans le département du Haut-Rhin, en France voisine, et qu'au jour de la décision querellée, il était sous contrat de travail avec un employeur sis en Suisse, il doit être qualifié de frontalier. C'est ainsi à raison que la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité a été menée par l'autorité compétente du canton de D. _____ et la décision de refus notifiée par l'OAIE (cf. pce AI 62 ; art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

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 et ATF 130 V 455 consid. 1.2 ; cf. toutefois ci-dessous, consid. 2.5).

E. 2.2

Au niveau du droit international, l'accord entre la Confédération 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 le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au Règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables in casu (arrêts du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 et 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) no 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 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.3

L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que 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. 2.4

En l'espèce, A. _____, ressortissant français résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne, a déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 26 février 2015 (ci-dessus, let. C), si bien que le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 1er août 2015 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 2 octobre 2015, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1 et ATF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.5

Par ailleurs, le Tribunal se fondera sur l'état de fait au jour de la décision querellée, soit au 2 octobre 2015. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne doivent en principe pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

E. 3.1

Le Tribunal établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (cf. Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème édit., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, 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 et ATF 121 V 204 consid. 6c ; cf. André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème édit., 2013, ch. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont au moins prouvés au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2).

E. 3.2

In casu, le Tribunal examinera le bien-fondé de la décision du 2 octobre 2015, par laquelle l'OAIE a rejeté la seconde demande d'octroi de prestations d'invalidité déposée par A._____ en date du 26 février 2015. Une première demande, formulée en novembre 2010, avait été rejetée par cette même autorité en février 2012.

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 : d'une part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part, compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de vingt-cinq ans au total (ci-dessus, let. A.a ; cf. également pce AI 5, pp. 2 et 3), si bien que la condition de la durée minimale de cotisations est manifestement remplie. Reste dès lors à examiner la question de l'invalidité dans le cas d'espèce.

E. 5.1

La décision objet de la présente procédure fait suite à une première demande de rente ayant été rejetée par l'OAIE en février 2012 (cf. ci-dessus, let. B.d).

E. 5.2

En application de l'art. 87 al. 2 et 3 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).

E. 5.3

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 Tribunal fédéral 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. 5.4

Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 RAI 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 Tribunal fédéral 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 125 V 368 consid. 2 ; ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71).

E. 5.5

En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant et l'a rejetée au motif que les conditions requises pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étaient pas remplies. Par conséquent, le Tribunal de céans doit déterminer, en comparant la décision rendue en 2012 (ci-dessus, let. B.d) à celle du 2 octobre 2015, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente (art. 29 al. 1 LAI ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. 142 V 547 consid. 3 et ATF 140 V 2 consid. 5).

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée ; elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide à 40 % au moins (lettre c).

E. 6.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'avait pas été invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique ou psychique, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le

taux d'invalidité ne se confond par conséquent pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 137 V 20 consid. 2.2 et les références citées).

E. 6.3

Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration et, en procédure de recours, le Tribunal constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties, et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En ce sens sont déterminants tous les faits décisifs pour l'issue de la cause. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. Les autorités administratives et juridictionnelles sont ainsi tenues d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de rendre un jugement sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 et les références citées). Si elles acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que de nouvelles investigations ne pourraient l'amener à modifier son opinion, elles peuvent renoncer à l'administration d'une preuve (parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1 et 9C_398/2011 du 23 février 2012 consid. 4.2 ainsi que les références citées).

E. 6.4

En particulier, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, les autorités administratives et juridictionnelles doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_264/2015 du 12 août 2015 consid. 3.2.3 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Avant de conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, elles s'assureront 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 que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 140 V 70 consid. 6.1, ATF 137 V 64 consid. 2 et ATF 125 V 351 consid. 3a, ainsi que les références citées). La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en oeuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où la tâche de l'expert est 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. 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 cons. 3b et les références citées). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et

les références citées). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd).

E. 6.5

S'agissant des rapports des Services médicaux régionaux (ci-après : SMR) au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 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. Pour avoir valeur probante, de tels rapports ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). 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 statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (arrêts du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 et 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2). 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 de 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 et ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Si les pièces du 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 6.6

Enfin, il convient également de rappeler que les organes de l'assurance-invalidité ne sont pas liés par l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-accident (ATF 133 V 549 consid. 6 et les références citées ; cf. également les arrêts du Tribunal fédéral 8C_490/2015 du 24 mars 2016 consid. 3.2, et 8C_259/2013 du 4 juin 2013 consid. 2.2, ainsi que Ghislaine Frésard-Fellay / Bettina Kahil-Wolff / Stéphanie Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, n° 116).

E. 7.1

En l'espèce, par une décision non datée (pce AI 36 ; cf. ci-dessus, let. B.d), l'OAIE avait rejeté une première demande de prestations d'invalidité, déposée le 29 novembre 2010. Le médecin du SMR avait retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

un cancer des cordes vocales et une hernie discale L4/L5 opérée le 30 septembre 2010 et constaté l'amélioration de l'état de santé de l'assuré suite aux opérations subies et aux traitements prescrits (pce AI 33, pp. 2 et 3).

E. 7.2

Suite au dépôt d'une nouvelle demande de prestations, le 26 février 2015, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de D._____ a instruit la requête et l'OAIE a rendu, le 2 octobre 2015, la décision objet de la présente procédure. Celle-ci est principalement basée sur le rapport du SMR rédigé le 30 juin 2015 par le Dr E._____, médecin généraliste (pce AI 50), reprenant exhaustivement les conclusions de l'expertise cardiologique du Dr M._____, cardiologue, du 21 mai 2015 (pce AI 48). Dans le cadre de l'expertise cardiologique requise par l'autorité cantonale, le Dr M._____ s'est basé sur l'ensemble des pièces figurant au dossier ainsi que sur l'anamnèse professionnelle, sociale et médicale de A._____. Il a en outre examiné ce dernier et procédé à trois examens cardiologiques complémentaires. L'expert a abouti au diagnostic suivant : avec répercussion sur la capacité de travail : une maladie coronarienne bitronculaire (coronaropathie) et une hernie discale ; sans répercussion sur la capacité de travail : un cancer colique (en 2000), cancer du larynx (en 2010), un diabète type 2, du cholestérol et un abus de nicotine. Le Dr M._____ a finalement évalué la capacité de travail de l'assuré, l'estimant nulle dans l'activité habituelle mais complète dans une activité adaptée respectant des restrictions de marche et de port. Dans son mémoire de recours et dans ses écritures subséquentes, A._____ n'a pas expressément contesté l'expertise du Dr M._____ ; il a indiqué être atteint de plusieurs pathologies justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail à 100 % (cf. notamment pce TAF 5, p. 1). Dans le rapport du 30 juin 2015, puis dans la décision du 2 octobre 2015, le Dr E._____, respectivement l'OAIE, se sont bornés à reprendre, sans autre démarche, les conclusions du rapport précité.

E. 7.3

A l'analyse du dossier, le Tribunal constate que, sous l'angle cardiologique, le rapport du Dr M._____, basé sur une anamnèse complète ainsi que sur des examens cardiologiques complémentaires, établi par un praticien spécialiste en son domaine, exempt de contradiction, ne saurait prêter le flanc à la critique. Le Tribunal relève par contre que ledit rapport fait mention de l'hernie discale dont a souffert A._____ en 2009 et l'intègre dans le diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Or, l'on ne parvient pas à distinguer comment le praticien est parvenu à cette conclusion. On le comprend d'autant moins qu'il n'existe au dossier aucun élément probant faisant référence à cette affection depuis le rapport du Dr Q._____ du 17 novembre 2010 (pce AI 22) mentionnant expressément que le patient ne présentait plus de douleur lombosciatique et que son déficit moteur était complètement récupéré. Certes, A._____, au jour de l'expertise du Dr M._____, soit le 21 mai 2015, s'est plaint de douleurs dorsales et l'expert, qui n'est pas rhumatologue, a intégré, sans autre démarche ou investigation, l'hernie discale comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'expertisé. Par la suite, ni le médecin SMR ni l'autorité cantonale ni l'OAIE n'ont soulevé cette problématique ; ils se sont au contraire bornés à reprendre, in extenso, les conclusions de l'expert. Or, par le passé, il avait été précisément constaté que l'hernie discale n'avait plus de répercussions sur la capacité de travail de A._____. Ce fait aurait dû amener l'OAIE, avant de rendre une décision, à compléter l'instruction en soumettant cette question à un rhumatologue. Eu égard à cette omission, l'autorité inférieure, qui ne pouvait sans autre démarche reprendre

les conclusions - sur le plan rhumatismal - posées par le Dr M. _____, a établi les faits de façon incomplète.

E. 8

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie si l'autorité a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées) ou notamment 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'avère nécessaire (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). Tel est le cas en l'espèce. Partant, compte tenu du temps qui s'est écoulé depuis l'établissement des documents médicaux ayant servi à rendre la décision querellée, l'autorité inférieure reprendra l'instruction de la cause et procédera à une expertise pluridisciplinaire (cardiologie, rhumatologie, médecine interne et psychiatrie) en Suisse, au cours de laquelle les experts désignés seront notamment invités à clarifier l'éventuel impact de l'hernie discale dont a souffert l'assuré en 2009 et dont il s'était totalement remis (cf. rapport du Dr Q. _____ du 17 novembre 2010 [pce AI 22]) ainsi que, toujours sur le plan rhumatologique, de la maladie de Dupuytren et de son éventuel effet sur la capacité de travail de l'intéressé depuis 1999 ; dans ladite expertise, il sera également tenu compte des éléments postérieurs à la décision entreprise, à savoir, principalement, de la dégradation de l'état de santé psychique de A. _____ ayant notamment entraîné son hospitalisation en unité psychiatrique (cf. certificat du Dr R. _____ du 24 novembre 2015 [annexe n° 7 pce TAF 13] et rapport du Dr S. _____ [Clinique N. _____] du 31 mars 2016 [annexe n° 31 pce TAF 13]). Dans le cadre de l'établissement de cette expertise, qui devra respecter les exigences jurisprudentielles rappelées précédemment (cf. ci-dessus, consid. 5), le recourant disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210. Ceci fait, l'autorité de première instance déterminera l'éventuelle capacité de travail ainsi que, le cas échéant, une liste des activités de substitution respectueuses des limitations inhérentes à l'état de santé de A. _____, avant de calculer la perte de gain et de rendre une nouvelle décision.

E. 9.1

Au regard de ce qui précède, le recours du 29 octobre 2015 est admis, la décision de l'OAIE du 2 octobre 2015 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants du présent arrêt.

E. 9.2

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2).

E. 10.1

Vu l'issue de la cause, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 69 al. 2 LAI et art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de 400 francs payée par le recourant en cours de procédure (ci-dessus, let. J.b) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 10.2.1

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF ; RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c ; voir, également, arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2015 du 2 mars 2016 consid. 3). Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2ème phrase).

E. 10.2.2

En l'espèce, A._____ a interjeté recours par l'entremise d'un organisme de défense des intérêts de ses affiliés, lequel s'est en substance limité à des écritures de transfert de documents médicaux. A ce titre, il se justifie de lui accorder une indemnité de dépens fixée, ex æquo et bono, à 300 francs, à charge de l'autorité inférieure. Le recourant n'étant pas domicilié en Suisse, dite indemnité n'est pas soumise à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA ; RS 641.20]). (dispositif page suivante)

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