

# **BVGer C-7665/2016 vom 12. November 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-11-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7665\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7665_2016)

FR: TAF C-7665/2016 du 12 novembre 2019

IT: TAF C-7665/2016 del 12 novembre 2019

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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 frontière 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 pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.3**

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) et ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (art. 63 al. 4 PA, cf. supra consid. C.b), le recours du 6 décembre 2016 est recevable quant à la forme. Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine et travaillait en Suisse jusqu'au 16 janvier 2014, date à partir de laquelle il n'a plus repris d'activité

professionnelle (cf. AI pces 6 p. 7 et 9 ; 9 p. 18 ; 15 p. 26), il doit être qualifié de frontalier si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ et la décision de refus notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI ; cf. AI pces 2 p. 2 ; 118 p. 301).

### **E. 2.1**

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant français, vivant en France - Etat membre de l'Union européenne (UE) - a été assuré en Suisse en y ayant travaillé comme frontalier entre 2008 et 2014 (cf. AI pces 9 p. 18 ; 12 p. 21 ; 15 p. 25). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1er janvier 2015 sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TFA I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TFA I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009). Ainsi, contrairement à ce que semble croire le recourant dans son recours (cf. TAF pce 1), il n'est donc pas en soi déterminant que les autorités françaises lui aient reconnu le droit à une rente d'invalidité française.

### **E. 2.2**

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge

n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

### **E. 2.3**

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait jusqu'au jour de la décision, soit le 16 novembre 2016. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de fait antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1). En l'espèce, les rapports médicaux établis après le 16 novembre 2016 ne seront pas pris en considération dès lors qu'au regard des considérants qui vont suivre, ils ne permettent pas de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision sujette à recours.

### **E. 3.1**

Le Tribunal administratif fédéral 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 (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd. 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

### **E. 3.2**

En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 16 novembre 2016 par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations AI du 8 juillet 2014 au motif que selon l'expertise médicale pluridisciplinaire du Centre D.\_\_\_\_\_ à laquelle s'était soumis l'assuré les 9 et 10 novembre 2015 et le 3 février 2016 et selon l'avis du SMR, l'intéressé ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'art. 4 LAI (cf. AI pce 118 p. 301).

### **E. 4.1**

Le recourant conteste en substance le refus de l'OAIE de lui octroyer une rente d'invalidité invoquant que le SMR se basait uniquement sur l'expertise médicale pluridisciplinaire du Centre D.\_\_\_\_\_ établie à la suite des examens effectués en novembre 2015 et février 2016, sans prendre en compte les éléments objectifs nouveaux qu'il avait fournis après ces dates et qui attestaient de la dégradation de son état de santé (cf. TAF pce 1).

### **E. 4.2**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon 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. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du

mois au cours duquel le droit prend naissance.

### **E. 4.3**

En l'espèce, le recourant a déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 8 juillet 2014 (cf. supra consid. B.a), si bien que le Tribunal doit examiner si le recourant avait droit à une rente le 1er janvier 2015 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 16 novembre 2016, date de la décision attaquée.

### **E. 5.1**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement, lors de la survenance de l'invalidité, les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI).

### **E. 5.2**

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse de janvier 2008 à décembre 2013 pour un total de 72 mois (cf. AI pce 12 p. 21), soit pendant six ans. Partant, il remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

### **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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

### **E. 6.2**

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

### **E. 6.3.1**

S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants, ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C\_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12), selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux), le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, lege artis, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêts du TF 9C\_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.1 et 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1).

### **E. 6.3.2**

Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10) sont effectivement remplis. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références citées ; arrêt du TF 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

### **E. 6.3.3**

Une fois que le diagnostic de fibromyalgie a été posé lege artis conformément aux règles précitées (cf. supra consid. 6.3.1 et 6.3.2), il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

### **E. 6.3.4**

Lorsque le diagnostic de fibromyalgie a été dûment posé et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée, il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références citées ; 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références citées).

### **E. 6.3.5**

Par ailleurs, la jurisprudence précitée développée pour les troubles somatoformes douloureux s'applique également à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

#### **E. 7.1**

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

#### **E. 7.2**

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).

#### **E. 7.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

#### **E. 7.4**

S'agissant des rapports des 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 TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 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 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss).

### **E. 7.5**

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).

### **E. 8.1**

La décision litigieuse est fondée principalement sur l'expertise médicale pluridisciplinaire du Centre D.\_\_\_\_\_ datée du 1er juillet 2016 (cf. AI pce 98 p. 201 ss) ainsi que sur les prises de position subséquentes de la Dresse I.\_\_\_\_\_ du SMR des 4 et 16 août et du 4 novembre 2016 (cf. AI pces 99 p. 261 s ; 102 p. 270 ; 116 p. 299).

### **E. 8.2**

A la lecture de l'expertise médicale pluridisciplinaire du Centre D.\_\_\_\_\_, il appert que celle-ci a été réalisée par un rhumatologue, un neurologue, un psychiatre et un médecin généraliste, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressé. Leur rapport du 1er juillet 2016, qui a été établi à la suite des visites médicales ayant eu lieu les 9 et 10 novembre 2015 ainsi que le 3 février 2016, satisfait en outre aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où il tient compte des éléments au dossier à leur disposition (cf. AI pce 98 p. 203 ss, 219 ss), prend en considération les plaintes du recourant (cf. AI pce 98 p. 207 ss), contient une anamnèse complète (cf. AI pce 98 p. 223 ss), se fonde sur des examens circonstanciés (status de médecine interne, status rhumatologique, status neurologique, status psychique ; cf. AI pce 98 p. 214 ss), sur un ENMG du membre supérieur et inférieur droits effectué le 3 février 2016 ainsi que sur un monitoring médicamenteux (cf. AI pce 98 p. 219, 222 s.). En outre, il contient une discussion sur la situation médicale et les points litigieux, de même que des conclusions consensuelles motivées, prises par les experts suite à une discussion interdisciplinaire (cf. AI pce 98 p. 202 ; p. 225 ss), qui retiennent chez l'intéressé comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail la perte de l'oeil gauche en 1979 et comme diagnostics n'ayant pas d'incidence sur sa capacité de travail (i) un syndrome musculo-squelettique fonctionnel diffus sans étiologie organique définie, (ii) un syndrome lombaire douloureux chronique avec lombosciatalgie droite non-déficitaire, sans conflit discoradiculaire objectivable ; status post-discectomie et neurolyse de la racine L5 droite pour protrusion discale globale L4-L5 et protrusion discale foraminale droite L5-S1 (09.04.2014), (iii) un syndrome des apnées du sommeil appareillé depuis 2012, (iv) un emphysème pulmonaire et bronchopathie chronique sur tabagisme ; (v) des troubles algiques, dysesthésiques et sensitivomoteurs au niveau du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs, sans substrat somatique actuellement objectivable ; douleurs hémicrâniennes gauches et troubles visuels, sans substrat objectivable, hormis un status après énucléation traumatique de l'oeil gauche (p. 230), qui notent chez ce dernier des limitations fonctionnelles liées à la vision monoculaire et qu'il devait également éviter les efforts soutenus en raison des problèmes pulmonaires ainsi que des travaux physiques très lourds contraignants pour le rachis (cf. AI pce 98 p. 226, 233), et qui concluent à une pleine capacité de travail sans diminution de

rendement dans l'ancienne activité d'opérateur en galvanoplastie ainsi qu'à une capacité de travail entière dans toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'assuré (cf. AI pce 98 p. 232). Sur cette base, le Tribunal de céans constate qu'il n'existe, a priori, pour la période allant jusqu'au 3 février 2016 (date de la dernière visite médicale par le Dr H. \_\_\_\_\_), pas de motif de s'écarter des conclusions des experts.

### **E. 8.3**

En ce qui concerne la documentation médicale qui se rapporte à la période postérieure au 3 février 2016, le Tribunal prend position comme suit.

#### **E. 8.3.1**

En premier lieu, il appert que ni ladite expertise médicale pluridisciplinaire datée du 1er juillet 2016, ni les prises de position médicales du SMR des 4 et 16 août et du 4 novembre 2016 n'ont tenu compte de la mise en place chez l'intéressé d'un neurostimulateur médullaire en date du 16 février 2016. En outre, les éléments au dossier sont contradictoires en ce qui concerne l'évolution de l'atteinte située au niveau de la colonne lombaire après cette intervention et une modification de l'état de santé de l'assuré susceptible de diminuer sa capacité de travail ne peut pas être exclue. Ainsi, alors que les experts et le SMR, se basant sur des examens effectués avant l'implantation du neurostimulateur, ont retenu chez l'intéressé notamment le diagnostic d'un syndrome lombaire douloureux chronique avec lombosciatalgie droite non-déficitaire, sans conflit discoradiculaire objectivable et n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressé, à l'exception de travaux physiques très lourds contraignants pour le rachis (cf. AI pces 98 p. 226 et 230 ; 99 p. 261 s ; 102 p. 270 ; 116 p. 299), la Dresse R. \_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport médical E 213 (F) daté du 29 juin 2016, soit après la pose du neurostimulateur, que le patient présentait un syndrome douloureux chronique lombaire avec un déficit du membre inférieur droit séquellaire (cf. annexe I à dossier AI, pce 3 p. 98). Puis, dans son rapport médical daté du 7 octobre 2016, la Dresse U. \_\_\_\_\_ a relevé que les douleurs étaient restées stables durant le séjour de l'assuré au Centre V. \_\_\_\_\_ et attesté d'une amélioration de la cinétique de marche dans le premier mois de prise en charge, mais fait état d'une régression avec des performances irrégulières au cours des quinze derniers jours de prise en charge, sans qu'un évènement n'ait pu expliquer cette régression sur le plan physique (cf. AI pce 114 p. 294). En outre, dans deux rapports médicaux des 1er avril et 13 mai 2016, les Drs P. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ ont retenu que la mise en place du neurostimulateur médullaire avait amélioré les douleurs de la jambe de 70%, mais que le patient présentait encore des douleurs du pied ainsi que d'importantes douleurs lombaires avec une impotence fonctionnelle et un déconditionnement complet à l'effort (cf. annexe 11.49 à TAF pce 11 ; annexe I à dossier AI, pce 3 p. 103). Finalement, le médecin traitant, le Dr J. \_\_\_\_\_, a informé l'OAI du canton C. \_\_\_\_\_ en date des 8 août et 28 septembre 2016 (cf. AI pces 101 p. 264 s. ; 107 p. 278), que les résultats de la pose du neurostimulateur étaient incomplets, informant que l'intéressé évoluait entre son lit et sa chaise de cuisine, qu'il marchait une centaine de mètres, qu'il prenait toujours un lourd traitement antalgique et qu'il n'était pas en mesure de pouvoir reprendre une activité professionnelle. Par ailleurs, dit médecin a relevé que les conclusions de l'expertise ne correspondaient pas (ou plus) à l'état actuel de son patient, demandant ainsi à l'autorité inférieure de réexaminer l'assuré.

#### **E. 8.3.2**

En second lieu, les experts et le SMR ont ignoré plusieurs documents médicaux postérieurs au 3 février 2016 qui sont de nature à rendre plausible une modification de l'état de santé de l'intéressé sur le plan pneumologique avec incidence sur sa capacité de travail. Ainsi, alors que le rapport médical du Prof. O. \_\_\_\_\_ du 4 juin 2015 informait que l'intéressé ne souffrait pas de BPCO mais de lésions de fibrose pulmonaire et qu'il n'y avait pas de traitement médicamenteux à introduire à ce moment-là (cf. annexe I à dossier AI, pce 3 p. 108) et que le rapport d'expertise pluridisciplinaire retenait suite à l'examen effectué en novembre 2015 les diagnostics d'emphysème pulmonaire et bronchopathie chronique sur tabagisme n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressé à l'exception de déplacements importants et d'efforts soutenus (cf. AI pce 98 p. 225 ; 230), la Dresse R. \_\_\_\_\_ a fait état chez ce dernier en date du 29 juin 2016 d'une fibrose pulmonaire avec indication d'oxygénothérapie mais impossible du fait du tabagisme (CIM-10 J961 ; cf. annexe I à dossier AI, pce 3 p. 95 et 97) et la Dresse T. \_\_\_\_\_ a retenu le 6 juillet 2016 le diagnostic de trouble ventilatoire obstructif compatible avec une BPCO de stade 3 de la classification GOLD, concluant à une aggravation fonctionnelle des lésions d'emphysème (cf. annexe I à dossier AI, pce 3 p. 109). Par ailleurs, en date du 14 octobre 2016, le Prof. O. \_\_\_\_\_ a souligné qu'il était important de poursuivre le suivi pneumologique de façon à ne pas méconnaître une évolutivité importante d'une pathologie dont il n'avait pas cerné complètement le contour, proposant de revoir le patient dans six mois (AI pce 113 p. 287 ss).

### **E. 8.3.3**

En troisième lieu, il appert que ni les experts, ni le SMR ne se sont suffisamment prononcés au sujet de plusieurs documents médicaux établis après le 3 février 2016 qui sont de nature à rendre plausible une modification de l'état de santé de l'intéressé sur le plan psychiatrique susceptible de diminuer sa capacité de travail et qui aurait mérité d'être examinée de façon plus approfondie. En effet, alors que selon les experts, l'évaluation psychiatrique effectuée le 10 novembre 2015 n'avait pas mis en évidence de trouble psychique significatif ni d'atteinte des capacités fonctionnelles de l'expertisé (cf. AI pces 68 p. 166 ; 98 p. 228), évaluation qui a été confirmée par la Dre I. \_\_\_\_\_ du SMR dans ses prises de position des 4 et 16 août ainsi que du 4 novembre 2016 (cf. AI pces 99 p. 261 s ; 102 p. 270 ; 116 p. 299), la Dre R. \_\_\_\_\_ a fait état chez l'intéressé dans son rapport médical E 213 (F) du 29 juin 2016 en particulier d'une asthénie, d'une anxiété importante pour son avenir, d'une tristesse ainsi que d'un sommeil perturbé par des douleurs, sans idées suicidaires et sans perte de l'élan vital, et a posé le diagnostic de syndrome anxio-dépressif (CIM-10 F32 ; cf. annexe I à dossier AI, pce 3 p. 95). Puis, la Dresse U. \_\_\_\_\_ a noté chez le recourant lors de son hospitalisation au Centre V. \_\_\_\_\_ une asthénie psychique, une apathie, une aboulie et une perturbation du schéma corporel (cf. AI pce 114 p. 294). En outre, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a souligné le 29 juin 2016 que l'intéressé était suivi pour un syndrome anxio-dépressif par un psychiatre, le Dr S. \_\_\_\_\_, depuis février 2016 (cf. annexe I à dossier AI, pce 3 p. 95). Or, le Tribunal constate qu'aucun rapport médical du psychiatre traitant ne se trouve au dossier de l'autorité inférieure et que les médecins concernés n'ont pas examiné le caractère invalidant des diagnostics conformément aux exigences jurisprudentielles (cf. supra consid. 6.3).

### **E. 8.3.4**

Même si la valeur probante de ces nouveaux rapports médicaux établis après le 3 février 2016 est limitée, ils suffisent à semer un doute sur l'aggravation de l'état de santé de

l'intéressé ayant une incidence sur sa capacité de travail entre le 4 février et le 16 novembre 2016. Le dossier médical sur lequel l'OAIE s'est fondé pour rendre la décision litigieuse s'avère dès lors lacunaire. Partant, le Tribunal n'est pas en mesure de retenir à la vraisemblance prépondérante que le recourant ne souffre pas d'un ou de plusieurs troubles rachidiens, pulmonaires ou psychiques invalidants. Dans cette constellation, une instruction complémentaire doit être entreprise (cf. infra consid. 9.2 ; arrêt du TF 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

### **E. 9.1**

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 16 novembre 2016 doit être annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé du recourant et sa capacité de travail (cf. infra consid. 9.2). Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale et les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure.

### **E. 9.2**

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressée à une rente au plus tôt à compter de janvier 2015 (cf. supra consid. 4.3), l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé ainsi que de sa capacité de travail. Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. consid. 8.3.3). Puis, elle sollicitera une expertise médicale pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie, neurologie, pneumologie et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra notamment (i) fixer le début de l'incapacité de travail de longue durée, soit le point de départ de l'invalidité, (ii) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (iii) établir ses limitations fonctionnelles et (iv) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressé dans son ancienne activité d'opérateur en galvanoplastie et dans des activités adaptées. Ladite expertise devra répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418) et être faite en Suisse. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

### **E. 10.1**

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1ère phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé

recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

### **E. 10.2**

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Le Tribunal ayant octroyé au recourant l'assistance judiciaire partielle par décision incidente du 3 février 2017 (cf. TAF pce 5, supra consid. C.b), aucune avance de frais ne lui devra être restituée.

### **E. 10.3**

Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut de note de frais, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2 FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction 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 (arrêt du TF 9C\_637/2013 du 13 décembre 2013 consid. 5.2). Le recourant a agi en étant représenté par un avocat à partir du stade de la réplique (cf. TAF pces 11 ; 18). Au vu de l'issue du litige, étant donné l'absence de note de frais et compte tenu du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'une réplique de 6 pages avec un bordereau de 51 pièces (cf. TAF pce 11) et d'un courrier d'une page (cf. TAF pce 18), il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 1'200.- (sans TVA ; cf. art. cf. 9 al. 1 let. c FITAF, et art 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 al. 1 LTVA), à la charge de l'autorité inférieure.

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