



Cour III
C-2006/2017

Arrêt du 14 septembre 2020

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Daniel Stufetti, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du
13 mars 2017).

Faits :**A.**

A._____, né le (...) 1958, a acquis la nationalité suisse le (...) 1979. Il est marié et père de deux fils, nés respectivement en 1991 et en 1993. Titulaire d'un certificat de capacité de menuisier, il a travaillé en Suisse principalement en tant que vitrier indépendant à mi-temps et en faisant des petits dépannages également à mi-temps, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (AI docs 1, 2, 3, 8, 20). Il est domicilié en France, mais son entreprise se trouve en Suisse (AI docs 4, 8, 28). Des suites d'un accident s'étant produit le 29 janvier 1985 (chute d'une échelle) avec deux rechutes en 1989 et en 1997, ainsi que deux accidents les 1^{er} avril 1994 (mauvaise réception d'un objet lourd sur le bras gauche) et 28 mars 2013 (mauvais rattrapage d'une porte vitrée après qu'elle ait heurté le décrochement d'une cage d'escalier lors de la pose), il souffre d'arthrose, de perte de force, de brûlure ainsi que d'une diminution du mouvement du poignet, et éprouve une grande difficulté à porter des charges (AI docs 1, 14, 28, 45).

B.

B.a Le 19 mai 2014, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de B._____ (ci-après : l'OAI) a reçu une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) provenant de l'intéressé (AI doc 1).

B.b En vue d'instruire la demande, l'OAI a recueilli, notamment en sollicitant les dossiers constitués par les assureurs-accidents et l'assureur privé individuel d'indemnités journalières de l'assuré, diverses pièces médicales (rapports des Drs C._____ [radiologue FMH exerçant à la Clinique D._____ à {...}], E._____ [chirurgien FMH en chirurgie de la main], F._____ [spécialiste FMH en médecine interne, médecin consultant à l'hôpital cantonal et ancien chef de clinique], G._____ [radiologue FMH], H._____ [spécialiste FMH en chirurgie orthopédique], I._____ [médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie], J._____ [radiologue FMH à l'Institut de radiologie de la clinique D._____], K._____ [spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique], L._____ [médecin au service de chirurgie orthopédique de l'hôpital M._____], N._____ [radiologue FMH au sein du même établissement], O._____ [médecin d'arrondissement de la SUVA], P._____ [radiologue FMH], Q._____ [spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement du service médical des agences de la SUVA], R._____ [médecin FMH en orthopédie et traumatologie, chirurgie épaule – coude]

et U. _____) et économiques/asséculo-logiques (extrait du compte individuel, comptabilité, avis de taxation, rapport d'inspection, etc.).

B.c Invité par l'OAI à se déterminer sur le dossier, le service médical régional (SMR), par le biais de la Dresse S. _____ (médecin en médecine interne générale [selon MedReg]), a, en date du 29 avril 2015, retenu comme atteintes à la santé une entorse sévère du poignet gauche avec perforation du ligament triquétral et arthrose post-traumatique du coude gauche. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 20 % dès mai 2013, de 50 % dès août 2013 et totale dès novembre 2013 dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge, de gestes de force et de mouvements répétés du coude ou du poignet au niveau du membre supérieur gauche, éviter les activités impliquant le fait de monter ou descendre des escaliers, escabeaux, échafaudages, accroupi ou à genoux (éviter les chutes, les gestes pouvant solliciter un effort inusuel du membre supérieur gauche). Il s'est écarté de l'avis du Dr E. _____ quant à l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle, jugeant trop importantes les limitations fonctionnelles découlant des atteintes incapacitantes. Il a noté un début de l'aptitude à la réadaptation se situant en mai 2013 (AI doc 51).

B.d De la même façon, l'OAI a poursuivi l'instruction de la demande en collectant de nouveaux documents.

B.e Par un projet de décision du 30 janvier 2017, l'OAI a annoncé à l'intéressé qu'il prévoyait de ne pas lui reconnaître le droit aux mesures professionnelles et à la rente d'invalidité, son taux d'invalidité ne s'élevant qu'à 8 % (AI doc 97).

B.f Par écrit daté du 2 février 2016 [recte : 2017], l'intéressé s'est opposé au projet de décision susmentionné, au motif qu'une erreur se serait produite dans la mesure où son salaire serait de Fr. 22'984.– et non pas de Fr. 64'948.– brut en 2014 (AI doc 99). Il a confirmé son opposition totale par écrit du 7 février 2016 [recte : 2017], car il serait impossible à son âge de retrouver un travail, il devait attendre la décision de la SUVA et continuer à travailler dans son activité habituelle à mi-temps comme l'aurait décidé le médecin de cet assureur (AI doc 102). Dans une écriture du 10 février 2016 [recte : 2017], il a ajouté souffrir en plus de problèmes cardiovasculaires, de diabète et de maux de dos, tout en joignant une liste de médicaments prescrits le 19 décembre 2016 par la Dresse T. _____, médecin généraliste (AI doc 104).

B.g Dans un avis de la permanence de réadaptation du 9 février 2017, le service compétent propose, après discussion avec l'assuré, de ne pas l'attribuer en réadaptation et de confirmer le projet de décision (AI doc 105).

B.h Par décision du 13 mars 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), reprenant la motivation du projet de décision, a refusé des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'intéressé (AI doc 108).

C.

C.a Par acte du 5 avril 2017 (date du timbre postal), l'intéressé a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal). Y est reproché à l'autorité inférieure le fait de le déclarer 100 % invalide [recte : incapable de travailler] dans son activité habituelle alors que le médecin de la SUVA et son médecin traitant l'autoriseraient à travailler à 50 % dans son métier. Cela lui créerait un grand préjudice vu que ses autres assureurs pourraient lui refuser tout paiement ou exiger les montants déjà versés. Il a conclu à la rectification de la décision attaquée. Il a joint le rapport médical du Dr R. _____ du 13 octobre 2016 déjà au dossier (TAF pce 1).

C.b Invité dans ce sens par décision incidente du Tribunal du 18 avril 2017, sous peine d'irrecevabilité du recours, le recourant a payé une avance de frais de Fr. 800.– dans le délai imparti (voir TAF pces 3 et 6).

C.c Par réponse du 3 juillet 2017, l'autorité inférieure renvoie au préavis de l'OAI du 26 juin 2017 et conclut alors aussi au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 10).

C.d Dans une réplique du 14 juillet 2017, le recourant a répété l'argumentation de son recours et s'est plaint au surplus que l'autorité inférieure n'aurait effectué aucune consultation médicale et qu'elle aurait transformé les dires du rapport du Dr R. _____ du 13 octobre 2016, créant un faux de toute pièce (TAF pce 12).

C.e Dans un courrier spontané du 18 juillet 2017, le recourant a argué que les périodes retenues pour l'échelonnement du taux d'invalidité reconnu dans une activité adaptée seraient erronées, car il n'aurait pas été enregistré à l'AI à ce moment. Cela étant, son cas ne pouvait être jugé correctement et l'AI serait la seule à s'opposer à une capacité de travail à hauteur

de 50 % dans son activité habituelle. Au final, il existerait une fausse information dans son dossier. Il a encore annexé un décompte de prestations déjà reçues d'un autre assureur, avec un ajout manuscrit selon lequel le 1^{er} versement à 50 % aurait eu lieu le 18 avril 2014 et qu'il aurait été en arrêt de travail en 2013 (TAF pce 14).

C.f Dans un nouveau courrier spontané daté du 21 juillet 2017, le recourant a affirmé que c'est seulement trois mois après son premier arrêt de travail du 18 avril 2014, qu'il a été enregistré à l'AI, ce que cette dernière aurait passé sous silence, tout comme le fait qu'il aurait 59 ans. Il a joint une attestation médicale du 17 juillet 2017 du Dr F._____, selon laquelle le recourant est en incapacité de travail à 50 % à partir du 18 avril 2014 en raison d'une arthrose du coude gauche (TAF pce 16).

C.g Dans une duplique du 31 août 2017, l'OAIE a persisté dans ses conclusions et renvoyé à la prise de position de l'OAI du 23 août 2017, lequel, après avoir consulté le SMR, a fait de même. L'avis du 22 août 2017 de la Dresse S._____ du SMR avait confirmé son appréciation après analyse des nouvelles pièces médicales fournies par le recourant (TAF pce 18).

C.h Par ordonnance du 11 septembre 2017, le Tribunal a porté ces écrits à la connaissance du recourant et signalé que l'échange d'écritures était clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 19).

C.i Les autres faits et arguments pertinents pour la cause seront exposés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

1.1 En vertu de l'art. 31 de de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) 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), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021 ; art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de

procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 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 (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.1 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4 ; notamment :

arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5, A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2 ; voir aussi JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 98).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

Vu que le recourant a son domicile en France voisine et son entreprise en Suisse (voir *supra* let. A), c'est à raison que l'OAI du canton de B. _____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

4.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant, ressortissant suisse, est domicilié en France, Etat membre de l'Union européenne (UE). Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont

également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 13 mars 2017). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

5.

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est

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

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

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4

6.4.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 con-

sid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références).

6.4.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

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

18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

7.

Dans le cadre de l'instruction médicale de la demande, l'OAI a recueilli, outre l'avis du SMR du 29 avril 2015 (AI doc 51), les documents suivants :

- un rapport radiologique du 15 mars 1985 du Dr N. _____ (AI doc 14 p. 131) ;
- un rapport médical intermédiaire du 18 mars 1985 du Dr L. _____ (AI doc 14 p. 132) ;
- un rapport médical du 8 mai 1985 du Dr O. _____ (AI doc 14 p. 125-126) ;
- un rapport radiologique du 29 mai 1985 du Dr N. _____ (AI doc 14 p. 122) ;
- un rapport médical intermédiaire du 2 juillet 1985 du Dr L. _____ (AI doc 14 p. 120) ;
- un rapport radiologique du 29 juin 1988 du Dr K. _____ (AI doc 14 p. 117) ;
- un rapport médical du 2 mai 1994 du Dr J. _____, suspectant l'existence de signes d'arthrose post-traumatique de l'articulation du coude et d'un épanchement intra-articulaire toutefois modéré pouvant témoigner d'une bursite, ainsi que constatant une image d'ostéophyte probablement post-traumatique de la métaphyse proximale du radius sur son bord latéral externe (AI doc 14 p. 113) ;
- un certificat médical LAA du 8 octobre 1997 du Dr H. _____ en lien avec la rechute du 1^{er} avril 1994 et retenant le diagnostic d'arthrose post-traumatique et déclarant une incapacité de travail de 50 % dès le 7 septembre 1997 d'une durée indéfinie (AI doc 14 p. 114) et un certificat d'incapacité de travail correspondant (AI doc 14 p. 115) ;
- un rapport d'examen final du 28 janvier 1998 du Dr I. _____, concluant au développement d'une arthrose du coude post-traumatique, à un état stabilisé et à l'impossibilité pour l'assuré dans son activité de menuisier de faire des efforts avec le membre supérieur gauche, mais qu'une activité adaptée sans lesdits efforts, ni le port de charges serait

possible à plein temps et à plein rendement, retenant un taux d'une arthrose moyenne de 10 % (AI doc 14 p. 103-106) ;

- divers certificats d'incapacité de travail rédigés par le Dr H. _____ à hauteur de 100 % du 25 mai au 5 août 2007, puis de 50 % du 6 août au 31 octobre 2007 due à de fortes douleurs dans le bras (AI doc 14 p. 27-28, 36) ;
- un rapport médical du 1^{er} juin 2007 du Dr C. _____, concluant à une importante arthrose diffuse du coude gauche, post-traumatique avec des petits fragments osseux qui sont pour la plupart péri ou extra-articulaires, un seul petit fragment étant suspect en regard de la partie postérieure de la tête radiale (AI doc 14 p. 49) ;
- un formulaire du 16 juin 2007, dans lequel le Dr H. _____ fait part d'une évolution nulle (AI doc 14 p. 46) ;
- un rapport opératoire du 10 juillet 2007 du même médecin, posant le diagnostic d'ancien accident, chute en janvier 2007, corps étranger dans l'articulation huméro-radiale et attestant d'une intervention d'excision de ce corps étranger, ainsi que d'une immobilisation avec une attelle pendant quinze jours (AI doc 14 p. 38) ;
- un rapport médical du 11 mai 2012 du Dr C. _____, afférent à un examen du coude gauche de l'assuré, concluant à une arthrose globale post-traumatique dudit coude avec une réaction ostéophytaire un peu exubérante olécrânienne probablement responsable d'un certain degré de défaut d'extension. Le médecin a encore noté quelques micro-corps libres intra-articulaires au carrefour entre la tête radiale, l'ulna et la palette humérale, ainsi que la présence de trois petits fragments plutôt capsulo-ligamentaires postéro-externes du coude en question. Y sont joints des radiographies (AI doc 12) ;
- un rapport médical intermédiaire du 29 mai 2012 du Dr H. _____, posant le diagnostic d'arthrose post-traumatique du coude gauche et un pronostic mauvais à long terme, et excluant toute reprise de travail (AI doc 14 p. 21) ;
- une attestation médicale du 17 avril 2013 du Dr F. _____, certifiant une incapacité de travail totale du 21 mars au 30 avril 2013 pour cause d'accident (AI doc 45 p. 20) ;

- un rapport d'IRM du poignet gauche du 22 avril 2013 de la Dresse P._____, concluant que, hormis une subluxation radio-cubitale, il n'existait ni fracture du scaphoïde, ni autre lésion osseuse ou ligamentaire traumatique, à compléter toutefois par des clichés standards (AI doc 45 p. 24-25) ;
- un rapport médical initial du Dr F._____ du 7 mai 2013, constatant une tuméfaction et une douleur au poignet gauche, ainsi que par radiologie une subluxation radio-cubitale, et considérant une incapacité de travail totale depuis le 28 janvier 2013, mais un bon pronostic (AI doc 45 p. 21-23) ;
- un rapport du 7 mai 2013 du Dr E._____, relevant en particulier un traumatisme du poignet gauche en hyper-supination forcée six semaines auparavant (AI doc 14 p. 9) ;
- un rapport du 16 mai 2013 du Dr G._____, décrivant dans le cadre d'une arthrographie réalisée une déchirure de toute l'épaisseur du ligament luno-triquétral avec passage de contraste dans l'articulation médio-carpienne et une communication physiologique de l'articulation radio-carpienne avec l'articulation piso-triquétrale, confirmée ensuite dans le cadre d'un arthro-scanner, par lequel ont été en outre constatés la présence d'une variante anatomique avec articulation entre le semi-lunaire et le pôle proximal de l'hamatum, ainsi que de discrètes fissurations cartilagineuses locales (AI doc 14 p. 10-11) ;
- un rapport médical intermédiaire du Dr E._____ du 8 août 2013, informant que l'incapacité de travail a été totale du 21 mars au 5 mai 2013, puis de 20 % du 6 mai au 11 août 2013 (AI doc 45 p. 15-17) ;
- un rapport médical intermédiaire du même jour et du même médecin, faisant état d'un pronostic bon et d'une reprise de travail envisageable, progressivement dans environ 6 mois (AI doc 14 p. 5) ;
- un rapport de même nature du 21 août 2013 du Dr F._____, évoquant aussi une évolution favorable, mais également la prolongation d'un arrêt de travail à hauteur de 50 % (AI doc 14 p. 8) ;
- un rapport médical intermédiaire du 18 octobre 2013 du Dr E._____, posant un diagnostic d'entorse du poignet gauche et annonçant une

reprise du travail dans l'activité habituelle à 50 % dès le 12 août 2013, puis à 100 % dès le 4 novembre 2013 (AI doc 45 p. 8-10) ;

- des attestations médicales du Dr F. _____ indiquant une incapacité de travail de 50 % à partir du 17 mars 2014 pour cause de maladie (AI doc 28 p. 4-6) ;
- un rapport médical du 2 juin 2014 du même médecin, certifiant une entorse sévère du poignet gauche, un diagnostic de subluxation cubitale, un rendement réduit de 50 %, pour une activité de 4 heures par jour et l'impossibilité d'une reprise de l'activité professionnelle ou d'une amélioration de la capacité de travail (AI doc 16) ;
- un rapport médical du 15 octobre 2014 du Dr E. _____, avisant que l'activité exercée peut encore l'être à hauteur de 50 %, avec un rendement réduit de moitié en raison de la gêne fonctionnelle (AI doc 41) ;
- un rapport médical reçu le 14 novembre 2014 de la part du Dr H. _____, décrivant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épicondylite du coude gauche, qui existe depuis 1989 et s'aggrave, puis mentionnant une arthrose, formulant un mauvais pronostic et indiquant une incapacité de travail de 50 % depuis le 19 mai 2014 (AI doc 42) ;
- un rapport médical intermédiaire du 24 novembre 2014 du Dr E. _____, posant un diagnostic de déchirure et une reprise du travail à 100 % dès le 4 novembre 2013 (AI doc 53 p. 11) ;
- un rapport médical du 19 novembre 2014 du Dr F. _____, fixant un diagnostic d'ancienne scaphoïde le 6 mai 2013 avec douleurs et maladresse du poignet gauche, ajoutant que le cas est stabilisé et que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle reste acquise à hauteur de 25 %, ainsi qu'envisageant une reprise du travail à 50 % à une date indéterminée (AI doc 53 p. 14-17), ainsi que deux rapports observant chez l'assuré un état de santé inchangé depuis (reçu le 25 mars 2015, AI doc 54 p. 16-18 ; du 11 août 2015, AI doc 57 p. 6) ;
- une appréciation médicale du 28 janvier et signée le 11 février 2016 par la Dresse Q. _____, avertissant du besoin préalable d'un examen spécialisé en l'état du dossier afin d'être en mesure d'évaluer une éventuelle aggravation et de décider de l'attitude à adopter aussi bien sur le plan assécurologique que thérapeutique (AI doc 83 p. 8-11) ;

- un rapport du 13 octobre 2016 relatif à un examen spécialisé sur demande de la SUVA réalisé par le Dr R. _____, posant les diagnostics d'arthrose tricompartmentale post-traumatique du coude gauche, d'un syndrome de compression du nerf cubital probablement au niveau du coude gauche, d'un status post entorse du poignet gauche en 2013 avec lésion du ligament luno-triquébral dorsal, de subluxation postérieure de l'articulation radiocubitale distale (DRUJ), de diabète de type 2 (Janumet) et d'apnées du sommeil sur surcharge pondérale ; le médecin a ajouté qu'en regard de la situation morphologique à ce moment et à l'examen réalisé, surtout pour le coude, la fonction n'est pas si mauvaise qu'elle pourrait l'être, néanmoins il a estimé judicieux de maintenir une limitation de l'activité habituelle à 50 % et ceci probablement définitivement pour ne pas décompenser la situation ; il a relevé l'inexistence d'indication opératoire pour améliorer les symptômes, mais qu'une réévaluation devrait avoir lieu dans le futur en cas de dégradation manifeste ; il a considéré que l'on était loin de l'indication opératoire d'une prothèse ; il a relevé qu'en cas de douleur inflammatoire, une infiltration avec de la cortisone en intra-articulaire pourrait être discutée, mais que l'assuré ne préférant plutôt pas à ce moment, il n'avait pas de traitement spécifique à proposer pour l'instant (AI doc 85) ;
- un rapport du même jour du Dr U. _____ concernant une radiographie face-profil du coude et du poignet gauches, indiquant une fracture du coude avec un remodelage cicatriciel de cette région, principalement de la tête radiale et un discret pincement de l'interligne avec débord ostéophyttaire périphérique illustrant un status d'arthrose ; et une entorse du poignet gauche avec une densification métaphysaire de la styloïde radiale (AI doc 88 p. 5).

8.

La décision entreprise refusant au recourant une rente d'invalidité se fonde sur l'avis du SMR du 29 avril 2015 (AI doc 51) et sur la détermination du degré d'invalidité du 27 janvier 2017 (cf. AI doc 96).

8.1 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 no-

vembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne assurée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, 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 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des SMR et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 7, 10 s., 42 ss).

8.2 En l'espèce, le Tribunal constate que l'atteinte à la santé du recourant ne fait l'objet d'aucune controverse fondamentale au sein des médecins ayant examiné le recourant.

8.2.1 Ils reconnaissent quasi unanimement les diagnostics d'une arthrose post-traumatique du coude gauche (Dr C. _____ « avec une réaction ostéophytaire un peu exubérante olécrânienne probablement responsable d'un certain défaut d'extension » [AI doc 12] ; Dr H. _____ [AI doc 14 p. 21 ; AI doc 42 avec épicondylite depuis 1989] ; Dr I. _____ [AI doc 14 p. 105] ; Dr J. _____ [AI doc 14 p. 113] ; Dr E. _____ [AI doc 45 p. 8] ; Dr R. _____ [AI doc 85] ; Dr U. _____ [AI doc 88 p. 5] ; Dr F. _____ [annexe à TAF pce 16) et d'une entorse sévère du poignet gauche (Dr F. _____ [AI docs 14 p. 8 et 16] ; Dr E. _____ [AI doc 45 p. 8-10] ; Dr G. _____ « déchirure de toute l'épaisseur du ligament luno-triquétral avec passage de contraste dans l'articulation médio-carpienne » [AI doc 14 p. 10] ; Dr R. _____ [AI doc 85]). Trois médecins posent en outre un diagnostic de subluxation cubitale (Dr F. _____ [AI doc 16] ; Dresse P. _____ [AI doc 45 p. 25] ; Dr R. _____ [AI doc 85]). La Dresse S. _____ du SMR a retenu, pour sa part, comme atteintes à la santé une entorse sévère du poignet gauche avec perforation du ligament triquétral, dans la mesure où le traumatisme est objectivé par imagerie et arthro-IRM, et arthrose posttraumatique du coude gauche (AI doc 51) et a donc exclu le troisième diagnostic de subluxation cubitale. Le Dr R. _____ ajoute un diagnostic de syndrome de compression du nerf cubital probablement au niveau du coude gauche (AI doc 85). Au final, tous s'accordent que l'atteinte à la santé se manifeste dans le membre supérieur gauche du recourant. Il y a encore la Dresse T. _____ qui a prescrit des médicaments pour troubles cardio-vasculaires (AI doc 104 p. 2), mais aucun certificat médical de ce médecin qui poserait des diagnostics et qui pourrait se voir reconnaître pleine valeur probante en cas de respect des réquisits jurisprudentiels exposés ci-dessus (voir *supra* consid. 6.4.2) n'a été versé au dossier.

8.2.2 La question de la valeur probante des rapports médicaux posant les diagnostics supplémentaires de subluxation cubitale et de syndrome de compression du nerf cubital – qui au demeurant concernent aussi la région du membre supérieur gauche pour laquelle une atteinte est déjà admise par tous les médecins – peut toutefois demeurer indécise, car les affections ne sont pas contestées par les parties à la procédure. Notamment, le recourant ne fait pas grief à l'autorité inférieure d'avoir retenu ou de ne pas avoir retenu telle ou telle atteinte à sa santé. Bien plutôt il se contente de lui reprocher de façon générale de le déclarer invalide [recte : incapable de travailler dans sa profession] à 100 %, sans avoir procédé à un examen médical sur sa personne.

8.2.3 En conséquence, le Tribunal se doit de retenir une arthrose post-traumatique du coude gauche et une entorse sévère du poignet gauche avec perforation du ligament triquétral, lesquels font l'unanimité des médecins.

8.3 Le point sur lequel les opinions des médecins se distancient en revanche, pour ceux qui se sont prononcés à ce sujet, est l'évolution de la capacité de travail du recourant eu égard aux limitations fonctionnelles, particulièrement dans son activité habituelle de vitrier indépendant. C'est aussi sur cet aspect que repose la controverse entre les parties à la procédure (voir *supra* consid. 8.2.2).

8.3.1 D'un côté, les médecins traitants (Drs F._____ [AI doc 14 p. 8, mais relativisé dans AI doc 16 : pas de reprise à attendre dans l'activité professionnelle et dans AI doc 53 p. 15 : capacité de travail dans activité habituelle de 75 %, mais le médecin délivre en parallèle des attestations médicales d'incapacité de travail de 50%, cf. AI doc 54 p. 4 ss ; AI doc 58 p. 23] et H._____ [AI doc 42]) du recourant et le Dr R._____ (AI doc 85 p. 2, ajoutant que « probablement définitivement pour ne pas décompenser la situation ») reconnaissent une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et les médecins traitants établissent des attestations médicales d'arrêt de travail correspondants. Ce faisant, ils ne se prononcent pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée.

8.3.2 Pour sa part, le Dr E._____ reconnaît une capacité de travail dans l'activité habituelle progressive comme suit : 0 % depuis le 21 mars 2013, 20 % depuis le 6 mai 2013, 50 % depuis le 12 août 2013 et de 100 % depuis le 4 novembre 2013 (AI docs 14 p. 5, 45 p. 9, 53 p. 11), mais a revu sa position le 15 octobre 2014 en indiquant que l'activité habituelle était exigible à 50 % dès mai 2014, de même que dans une activité adaptée mais sans en préciser le pourcentage (AI doc 41).

8.3.3 De l'autre, la Dresse S._____ du SMR trouve les limitations fonctionnelles qui découlent des atteintes incapacitantes trop importantes pour exiger du recourant qu'il poursuive l'exercice de son activité habituelle. Par contre, elle admet une capacité de travail entière exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles comme l'aurait certifié le Dr E._____ (AI doc 51).

8.3.4 En premier lieu, le Tribunal relève que, eu égard aux différentes pièces médicales versées au dossier, les différentes opinions des médecins, et plus particulièrement du médecin traitant (le Dr F._____), ne sont

pas aussi constantes et univoques que ce qu'affirme le recourant dans ses écritures durant la présente procédure de recours.

8.3.5 Ensuite, la décision attaquée se réfère expressément à l'avis du SMR (du 29 avril 2015). Ce dernier indique clairement se fonder pour la question de la capacité de travail du recourant, non pas sur les opinions des Dr F. _____ et R. _____ (ce dernier ayant au demeurant été consulté ultérieurement), mais sur celui du Dr E. _____. Le grief en lien avec la fabrication d'un faux de toute pièce avancé par le recourant s'avère ainsi infondé et doit être rejeté.

8.3.6 Il ressort en outre du dossier de la cause que l'autorité inférieure était en possession de l'ensemble des pièces médicales concernant le recourant – y compris du rapport du Dr R. _____ ou encore des rapports du Dr E. _____ avec l'évolution progressive de la capacité de travail durant l'année 2013 sur lesquels se fonde le SMR – avant de rendre la décision querellée. Aussi était-elle pleinement en mesure de juger la demande de prestations de l'AI du recourant au contraire de ce que ce dernier prétend. Egalement mal fondé, le grief du recourant selon lequel l'AI ne peut juger d'une personne qui lui était inconnue en 2013, avant l'enregistrement de sa demande doit être rejeté.

8.3.7 Cela étant, il appartient maintenant au Tribunal d'examiner si le rapport du SMR précité peut se voir reconnaître une pleine valeur probante spécialement sur la question de la capacité de travail du recourant. Il est d'emblée rappelé, que contrairement aux affirmations du recourant, les prises de position du SMR ne se basent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et portent une appréciation sur des conclusions médicales déjà existantes (voir *supra* consid. 8.1). Dans ce cadre, le Tribunal remarque que la Dresse S. _____ du SMR se rapporte avant tout aux pièces médicales établies par le Dr E. _____.

8.3.8 Il convient ainsi de vérifier dans un premier temps si lesdites pièces du Dr E. _____ peuvent se voir accorder pleine valeur probante au vu de la jurisprudence fédérale en la matière. Ce médecin, chirurgien FMH en chirurgie de la main, dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation. Il a suivi régulièrement le recourant pendant environ deux ans. Ses rapports tiennent compte des diagnostics posés par les autres médecins, les points litigieux importants ayant ainsi été étudiés de façon circonstanciée. L'anamnèse, dont le premier accident de 1985, est brièvement décrite. Les conclusions du médecin sont assez motivées et les plaintes du recourant sont

retranscrites (cf. en particulier AI doc 16 p. 5). Les limitations fonctionnelles du recourant sont désignées. Les rapports n'en demeurent pas moins relativement sommaires et ne posent que de brefs pronostics, y compris quant à l'éventualité qu'un dommage persiste, en avertissant souvent qu'il est trop tôt pour pouvoir se prononcer. Ils présentent une certaine cohérence, si ce n'est s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle. En effet, le recourant aurait selon le médecin repris le travail à 100 % dès le 4 novembre 2013, mais il ne travaille cependant qu'à hauteur de 50 %, ce dont le médecin a connaissance. Qui plus est, lorsqu'il a eu l'occasion de mentionner le taux exigible dans une activité adaptée, le médecin ne l'a pas précisé, ce qui peut laisser penser que le taux pourrait être de 100 %, mais il n'est pas possible de s'en convaincre au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ces circonstances, il s'avère donc difficile pour le Tribunal de conférer pleine valeur probante aux différents rapports médicaux du Dr E. _____.

8.3.9 S'agissant de la position du SMR, le Tribunal constate que si la Dresse S. _____ se rapporte explicitement aux pièces du Dr E. _____, elle – et ce sans pour autant disposer de la même formation spécialisée que celui-ci en la matière, puisqu'elle est médecin en médecine interne générale – retient des limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles de ne pas soulever/porter des charges supérieures à 3 kg du côté gauche posées par le Dr E. _____ (voir AI doc 41 p. 5), à savoir : pas de port du tout de charge, de geste de force et de mouvements répétés du coude ou du poignet au niveau du membre supérieur gauche, éviter les activités impliquant le fait de monter/descendre des escaliers, escabeaux, échafaudages, accroupie ou à genoux (éviter les chutes, les gestes pouvant solliciter un effort inusuel du membre supérieur gauche). Elle n'expose cependant pas qu'elle se distancie alors de l'avis du Dr E. _____. Par contre, elle signale qu'elle s'en écarte délibérément concernant l'évolution des capacités de travail, en particulier celle exigible dans l'activité habituelle, en considérant que les limitations fonctionnelles sont trop importantes pour exiger que le recourant continue à travailler dans son activité habituelle, mais que dans une activité adaptée elle suit le jugement du spécialiste. Or, comme il vient d'être évoqué, la situation concernant ce dernier aspect n'est pas aussi claire que cela. De plus, le médecin du SMR omet de mentionner l'existence dans le dossier du recourant de pièces médicales contradictoires établies par d'autres médecins dans le dossier. Le Tribunal ne peut ainsi suivre sans autre l'avis de la Dresse S. _____ (cf. ATF 139 V 225 consid. 5.2, ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss).

8.3.10 Qui plus est, le Tribunal relève que si l'autorité inférieure était en possession du rapport médical du Dr R. _____, médecin spécialisé dans le domaine d'investigation – rapport qui, au surplus, s'apparente à une « mini-expertise » mandatée par la SUVA (voir AI doc 83 p. 5) – avant de rendre la décision attaquée, elle ne l'a pas soumis au SMR pour appréciation. Ce dernier ne s'est prononcé à son égard qu'au stade de la duplique. A cette occasion, il prétend que les constatations du Dr R. _____ ne feraient que corroborer la prise de position quant à l'absence d'exigibilité dans l'activité habituelle, en évoquant des douleurs qui s'exacerberaient lors de l'activité et qui diminueraient lors du repos (vacances, week-end). Une telle affirmation s'avère inexacte. En effet, il ressort clairement du rapport du Dr R. _____ qu'en regard de la situation morphologique actuelle et de l'examen réalisé, surtout pour le coude, la fonction n'est pas si mauvaise qu'elle pourrait l'être, mais que le médecin pense qu'il est judicieux de garder une limitation de l'activité habituelle à 50 % et ceci probablement définitivement pour ne pas décompenser la situation (cf. AI doc 85 p. 2). Le passage sélectionné par le SMR se rapporte uniquement aux plaintes exprimées par le recourant auprès du Dr R. _____.

8.3.11 En conséquence, l'avis du SMR ne parvient pas à lever tout doute quant au bien-fondé et à la pertinence de ses appréciations sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Certes, notamment en cas d'arthrose du coude, il est généralement recommandé de ne plus porter de charges lourdes. Mais, dans le cas d'espèce, un spécialiste en la matière estime que le port de charge du côté gauche reste possible pour autant qu'il ne dépasse pas les 3 kg. De plus, il ressort du dossier que le recourant se fait déjà épauler par des aides en cas de besoin. Au vu des exigences sévères qui sont imposées à ce type de rapports, l'avis du SMR ne peut dès lors se voir accorder une pleine valeur probante.

8.3.12 En n'examinant pas davantage ces aspects et en retenant, selon le SMR, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais progressivement jusqu'à totale dans une activité adaptée, l'autorité inférieure en rendant la décision entreprise s'est fondée sur un état de fait incomplet et inexact. Le grief du recourant allant implicitement dans ce sens se révèle fondé.

9.

9.1 En conséquence, le Tribunal n'est en l'état pas en mesure de se prononcer sur les éventuelles capacités de travail dans l'activité habituelle du recourant et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pour le Tribunal, ces dernières n'ont par ailleurs pas été fixées de façon compréhensible par le SMR, étant donné qu'il s'est écarté de celles retenues par un spécialiste dans le domaine, sans le signaler et sans en expliquer les raisons. Ajoutés aux autres divergences avec les médecins consultés déjà exposées et les pièces au dossier ne permettant pas au Tribunal de trancher les questions controversées, il appert que celui-ci ne peut se convaincre que les faits établis par l'autorité inférieure présentent un degré de vraisemblance prépondérante, bien au contraire.

9.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). In casu, il ressort du dossier que les questions afférentes à la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, d'une part, et aux limitations fonctionnelles d'autre part, n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure et méritent un éclaircissement.

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

façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

9.4 En l'occurrence, le dossier contient certes un rapport du SMR, mais qui ne répond pas aux exigences de la jurisprudence posées pour ce type de rapports médicaux, tandis que l'autorité inférieure s'est fondamentalement basée sur celui-ci pour rendre sa décision de refus de rente d'invalidité.

10.

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision entreprise annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera si nécessaire la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire orthopédique/rhumatologique eu égard aux troubles somatiques que présente le recourant. A cette occasion, les questions des capacités de travail et des limitations fonctionnelles devront être élucidées à satisfaction, notamment au besoin par un test de port de charges en situation réelle. L'ensemble du dossier devra, par la suite, être soumis au SMR pour examen, avant le calcul d'invalidité. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

11.

11.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 et 2 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 et 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.– versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

11.2 En outre, 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 peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure en particulier où la partie recourante n'est pas représentée, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 13 mars 2017 annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :