



---

Cour III  
C-2443/2017

## Arrêt du 29 mai 2019

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Viktoria Helfenstein, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France),  
représenté par Maître Michel Bergmann,  
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 17 mars  
2017).

**Faits :****A.**

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, l'intéressé, le recourant), ressortissant français né en 1961 et domicilié en France, a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité de 1987 à 1994, puis de 2005 à 2006 (AI, pce 42 ; TAF pce 6). Dès le 19 mai 2011, il a travaillé en qualité de conducteur de cars pour le compte de l'employeur français B. \_\_\_\_\_ (AI, pce 8).

**B.**

**B.a** Le 21 septembre 2016, par l'entremise de la Caisse Primaire D'assurance Maladie du N. \_\_\_\_\_ (ci-après : CPAM), l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une incapacité de travail prise en charge par la CPAM dès le 20 novembre 2013 (AI, pce 1).

**B.b** Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, l'autorité inférieure, l'assureur-invalidité) s'est procuré divers documents auprès du C. \_\_\_\_\_, membre de la I. \_\_\_\_\_. Il en ressort que l'assuré bénéficie depuis le 2 septembre 2013 d'un suivi médical en raison d'un syndrome d'apnées obstructif pendant le sommeil. A suivre ce médecin, l'intéressé fait courir un risque aux utilisateurs de la route en raison d'une somnolence diurne attestée par des scores d'Epworth et de Pichot élevés (AI, pces 23, 24, 26, 30 et 37).

Par ailleurs, dans les suites d'une chute, l'assuré a développé au niveau de l'épaule droite des douleurs qui ont été investiguées dès le 22 novembre 2013 (AI, pces 4 et 34 ; cf. également TAF, pce 13 annexe B). Ainsi, sur la base d'exams échographiques et radiologiques réalisés les 22 novembre, 10 et 12 décembre 2013, les Drs D. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, médecins auprès d'un Cabinet de radiologie et d'imagerie médicale, ainsi que le Dr F. \_\_\_\_\_ du Service d'Imagerie Médicale de la Clinique G. \_\_\_\_\_ à (...), ont observé chez l'assuré diverses atteintes au niveau du long biceps et du tendon supra-épineux, ainsi qu'une arthrose débutante de l'articulation acromio-claviculaire (AI, pces 32, 33 et 34). Une IRM de l'épaule droite réalisée le 6 mars 2014 a confirmé la présence d'une tendinite au niveau du long biceps ainsi que d'une tendinopathie du supra-épineux, sur conflit sous acromial ; une rupture tendineuse a en revanche été exclue (AI, pce 25). Sur cette base, le Dr H. \_\_\_\_\_, membre du J. \_\_\_\_\_, a observé un assuré souffrant d'importantes douleurs au niveau d'une épaule droite atteinte d'une algodystrophie et d'une capsulite rétractile ne

répondant guère aux traitements médicaux (AI, pces 27, 29, 31 et 35). Aussi, l'intéressé a été pris en charge par le centre de réadaptation fonctionnelle de (...) du 25 février au 17 mars 2015. Selon le bilan fonctionnel réalisé à l'admission, celui-ci nécessite une aide pour la toilette, ne conduit pas, s'habille seul et montre une tendance à l'exclusion du membre supérieur droit. A l'examen clinique, il lui est notamment impossible d'accomplir les gestes main/tête/nuque/épaule controlatérale. Cela étant, en raison d'une nouvelle chute sur l'épaule droite, la prise en charge de l'assuré a dû être interrompue (AI, pce 36). Dès mai 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_ a observé l'apparition de signes de capsulite au niveau de l'épaule gauche également (AI, pces 19, 20 et 21).

En outre, l'assuré a présenté en juillet 2015 un syndrome de Guillain Barré consécutif à une gastro-entérite. Il en est résulté un déficit moteur proximal des membres inférieurs et distal des membres supérieurs. Par la suite, l'état de l'assuré s'est nettement amélioré au plan moteur, celui-ci ayant retrouvé dès décembre 2015 un équilibre satisfaisant autorisant un périmètre de marche de 50 mètres avec une canne (AI, pces 17, 18, 22 et 38). Néanmoins, dans les suites de ce syndrome de Guillain Barré, l'assuré a subi plusieurs interventions au niveau du colon et a développé des douleurs chroniques au niveau de la hanche gauche (AI, pces 10, 11, 12, 13, 15 et 16). Aussi, sur la base des résultats d'une électromyographie réalisée le 10 août 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ du L. \_\_\_\_\_ du Centre Hospitalier de (...) a observé chez l'assuré la persistance d'une limitation motrice à la marche d'une part et de douleurs neuropathiques d'autre part. Devant les résultats de cet examen, le Dr K. \_\_\_\_\_ a ordonné la mise en œuvre d'une IRM médullaire, dont le rapport ne figure pas au dossier (rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 18 août 2016 ; AI, pce 9).

Dans un rapport médical détaillé du 4 octobre 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_ – médecin-conseil auprès de la CPAM du N. \_\_\_\_\_ – a précisé que l'assuré souffre d'atteintes au niveau de l'épaule droite depuis 2012 déjà. En 2006 et 2012, il a par ailleurs présenté des entorses au niveau de la cheville droite. En outre, depuis le 14 juillet 2015, il subit un arrêt de travail en raison d'un état dépressif. A l'examen physique, des douleurs aux niveaux des lombaires, des deux épaules ainsi que des abdominaux sont observées. Au titre de diagnostics, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu des polyneuropathies inflammatoires, des épisodes dépressifs, un syndrome de la coiffe des rotateurs, des affections neuro-musculaires ainsi que des troubles du sommeil. En dépit de ces atteintes, l'assuré demeure capable d'exercer de façon régulière des travaux légers en position assise n'impliquant pas de tra-

vail posté, l'utilisation d'échelles, d'escaliers ou de plans inclinés et ne présentant pas de risques de chute. Il lui est en revanche impossible de reprendre son ancienne activité de façon régulière. Au sens de la législation française, il présente une invalidité de catégorie 2 (AI, pce 4).

Le 25 janvier 2017, le Dr O. \_\_\_\_\_ – spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin SMR certifié – a retenu au titre de diagnostic principale un syndrome de Guillain Barré et, au titre de diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome d'apnée du sommeil sévère avec somnolence diurne ainsi qu'une periarthropathie des deux épaules. Cela étant, en raison essentiellement de ses problèmes de somnolence diurne attestés par un score d'Epworth élevé, l'assuré n'est plus en mesure de reprendre son activité de chauffeur de bus. Compte tenu par ailleurs de son syndrome de Guillain-Barré, il a subi une incapacité de travail dans toute activité du 15 juillet 2015 au 9 août 2016. Depuis lors, bien que présentant des douleurs neuropathiques ainsi que des limitations au niveau des épaules, l'assuré justifie d'une pleine capacité de travail dans des activités exercées en position assise n'impliquant pas de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de porter des charges supérieures à 8 kg, d'utiliser des échelles ou des escaliers, limitant les déplacements et proscrivant les déplacements en terrain irrégulier (AI, pce 43).

**B.c** Partant de là, par projet du 8 février 2017, confirmé par décision du 17 mars 2017, l'OAIE a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. A suivre l'autorité, le droit aux prestations ne saurait naître avant le 1<sup>er</sup> mars 2017, dès lors que la demande de prestations a été déposée le 21 août 2016. Or, l'assuré n'a pas présenté d'incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et subi au terme de cette année une invalidité de 40 % au moins. En effet, vu les conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_ et au regard des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, l'invalidité doit être évaluée à 28,39 % depuis le 20 novembre 2013, puis à 32.60 % depuis le 10 août 2016 (AI, pces 45 et 47).

### **C.**

Par écriture du 21 avril 2017 (timbre postal), l'assuré a recouru contre la décision de l'OAIE du 17 mars 2017, dont il demande l'annulation. En substance, il explique être au bénéfice d'une pension française d'invalidité en raison de ses graves problèmes de santé, qui l'empêchent de travailler (TAF, pce 1).

Dans sa réponse du 17 juillet 2017, l'autorité inférieure, revenant implicitement sur la décision attaquée, a constaté que l'assuré a présenté une incapacité de gain complète durant plus d'une année, soit du 15 juillet 2015 au 9 août 2016. Ce nonobstant, à l'issue d'une période de six mois à compter de la demande, l'intéressé présentait une invalidité de 33 % insuffisante pour fonder le droit à la rente. Aussi l'autorité inférieure conclut-elle au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF, pce 6).

Dans sa réplique du 4 décembre 2017, le recourant a formellement conclu à ce que la décision attaquée soit annulée, à ce qu'une expertise soit ordonnée et à ce que l'autorité inférieure soit condamnée à lui allouer une rente d'invalidité complète dès le 19 mai 2014, le tout sous suite de frais et dépens (TAF, pce 13). A l'appui de ses conclusions, l'assuré remet essentiellement en cause la valeur probante du rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 25 janvier 2017, qui ne résulte à ses yeux ni d'un examen personnel, ni d'une analyse circonstanciée de son état de santé. Par ailleurs, contrairement à ce qui ressort de la décision attaquée, le droit aux prestations prend naissance en mai 2014 déjà. En effet, la demande de prestations est non pas intervenue en 2016, mais en novembre 2013, soit à partir du moment où son incapacité de travail a été prise en charge par la CPAM. A l'appui de son écriture, l'assuré produit un certificat du 10 novembre 2017 dans lequel le Dr P. \_\_\_\_\_, praticien en médecine générale, énumère les atteintes observées au niveau des épaules (TAF, pce 13, annexe A). L'intéressé produit par ailleurs une fiche médicale établie par l'Echelon local du service médical (ci-après : ELSM) du N. \_\_\_\_\_ du 18 mai 2017, dont il ressort que sa première consultation auprès du médecin-conseil de cette institution a eu lieu le 19 novembre 2013 (TAF, pce 13, annexe B).

Le 26 janvier 2018, l'autorité inférieure a précisé que la date de la demande auprès de l'organe de liaison est seule décisive pour déterminer le moment de la naissance du droit à la rente d'invalidité. Dans le même temps, l'OAIE a produit une prise de position du Dr O. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2018. A suivre ce dernier médecin, les pièces médicales annexées à la réplique ne remettent pas en cause son appréciation du 25 janvier 2017, qui résulte d'un examen circonstancié de l'état de santé de l'assuré et qui repose sur un dossier suffisamment complet pour évaluer précisément les limitations fonctionnelles de ce dernier. En particulier, le Dr O. \_\_\_\_\_ souligne qu'une instruction complémentaire ne permettrait pas de déterminer plus précisément l'intensité des douleurs de l'assuré, qui restent un fait subjectif. S'agissant par ailleurs de l'apnée du sommeil dont souffre ce-dernier, elle ne constitue une limitation que pour certaines activités (TAF, pce 15).

Par écriture du 19 mars 2018, le recourant a réitéré que l'avis du Dr O. \_\_\_\_\_ ne permet pas de trancher les droits litigieux, surtout que ce médecin ne l'a pas examiné personnellement et n'est pas spécialisé en médecine orthopédique (TAF, pce 19).

Par ordonnance du 21 mars 2018, l'échange d'écriture a été clôturé sous réserves d'autres mesures d'instruction (TAF, pce 20).

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA), de la LTAF (RS 173.32) et de la LAI (RS 831.20). 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).

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

**1.3** Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). 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), le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, 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<sup>er</sup> 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 (ci-après : règlement

n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, 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<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Ainsi, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

**2.2** 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 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 17 mars 2017.

**2.3** 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, soit le 17 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 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 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 (arrêts du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

Le Tribunal applique par ailleurs 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

(MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). Il 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, 2<sup>e</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

### 3.

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner, d'une part, si l'autorité inférieure était fondée à reconnaître une pleine valeur probante à la prise de position de son médecin-conseil du 25 janvier 2017 et, d'autre part, si elle a correctement situé au 21 mars 2017 le moment de la naissance du droit à la prestation litigieuse. Les autres aspects de la décision attaquée ne sont en effet pas contestés par l'assuré. Au reste, ce dernier a travaillé en Suisse durant près de dix ans, de sorte que les conditions de cotisation au sens de l'art. 36 LAI sont manifestement réalisées en l'espèce (TAF, pce 6).

### 4.

**4.1.** 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 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).

**4.2** L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4.3** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). Pour fixer ce taux, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations 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 de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

**4.4** L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232).

**4.5** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle 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 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette

appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

**4.6** En l'occurrence, l'assuré reproche à l'autorité inférieure d'avoir apprécié les faits de manière erronée. A ses yeux, la prise de position du Dr O. \_\_\_\_\_ du 25 janvier 2017 ne permet pas d'évaluer sa capacité résiduelle de travail (AI, pce 43). D'une part, le médecin-conseil de l'OAIE ne l'a pas examiné personnellement, de sorte qu'il lui était impossible d'évaluer précisément les limitations réelles et concrètes dont il souffre. D'ailleurs, les conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_ relatives à sa capacité résiduelle de travail se placent en parfaite contradiction avec ses possibilités réelles. D'autre part, ce médecin – qui n'est au demeurant pas spécialisé en orthopédie – n'a pas procédé à l'étude circonstanciée des questions pertinentes, n'a pas suffisamment motivé ses conclusions et s'est prononcé sur la base d'un dossier médical incomplet. Toujours selon le recourant, aucune valeur probante ne saurait ainsi être reconnue au rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ retenu à la base de la décision attaquée.

**4.7** On doit donner raison au recourant. De jurisprudence en effet, les tribunaux des assurances peuvent se fonder principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs. Le cas échéant, l'appréciation des preuves est toutefois 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 et réf. cit.). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux ne résultant pas de l'examen personnel de l'assuré présupposent que le dossier qui a servi de base à leur rédaction permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel). Il doit ainsi s'être essentiellement agi d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté. Cela implique l'existence d'un état de santé médicalement stabilisé et établi par des spécialistes, reléguant à l'arrière-plan la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré (entre autres : TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015, consid. 3.1 ; 9C\_736/2009 du 26 janvier 2010, consid. 2.1).

En l'occurrence, la décision attaquée repose essentiellement sur les conclusions du médecin-conseil de l'OAIE, qui n'a pas procédé à l'examen personnel de l'assuré. Or, on voit mal que la tâche du Dr O. \_\_\_\_\_ ait ici consisté à apprécier des circonstances médicales d'ores-et-déjà établies et incontestées. Au contraire, comme le concède d'ailleurs ce dernier médecin, le dossier ne permet notamment pas de dire sur quels éléments le

Dr H. \_\_\_\_\_ a observé une algodystrophie au niveau de l'épaule droite de l'assuré (AI, pce 19 et 29). Aussi, à bien comprendre la casuistique médicale reprise par la jurisprudence, il s'agit là d'un syndrome qui n'est pas identifiable aisément et dont le diagnostic peut impliquer la mise en œuvre d'examens psychiatriques (entre autres, TF U 436/06 du 6 juillet 2007, consid. 3.4.2.1). Ainsi, sur ce point déjà, l'état de santé de l'assuré est élucidé de façon trop sommaire pour être tranché au regard seulement de l'avis rendu sur dossier par le médecin-conseil de l'autorité inférieure.

Il en va de même de l'atteinte au niveau de l'épaule gauche. Il ne ressort en effet pas de l'instruction médicale que les symptômes y relatifs aient été investigués autrement que par une scintigraphie osseuse, dont les résultats ne figurent au demeurant pas au dossier (rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2015, AI pce 21). Cela étant, les seuls documents abordant cette problématique médicale sont les prises de position succinctes du Dr H. \_\_\_\_\_ des 4 juin, 13 octobre et 18 décembre 2015, qui évoquent l'apparition dès juin 2015 de signes de capsulite rétractile (AI, pces 19, 20 et 21). De là, sur ce point également, on peut exclure que le Dr O. \_\_\_\_\_ se soit prononcé sur la base d'un état de santé établi par des spécialistes et médicalement stabilisé, comme le voudrait pourtant la jurisprudence susmentionnée.

Le dossier à disposition du médecin-conseil ne lui permettait pas davantage d'évaluer les conséquences du syndrome de Guillain Barré sur la capacité de travail de l'assuré. Si l'on peut effectivement admettre que les rapports du Centre Hospitalier de (...) permettent une bonne compréhension du status neurologique de l'assuré, ils restent relativement vagues sur la manière dont les douleurs persistantes se manifestent ainsi que sur leur étendue et intensité (AI, pces 9, 13, 17, 18 et 22). Comme l'explique le Dr O. \_\_\_\_\_, il s'agit certes là d'éléments essentiellement subjectifs. Dans la mesure toutefois où le dossier ne contient pas tous les résultats et clichés des examens réalisés au moyen d'appareils diagnostic et d'imagerie (cf. entre autres, AI pce 9 évoquant une IRM médullaire ne figurant pas au dossier), on ne voit pas que le médecin-conseil ait pu apprécier de manière cohérente le substrat somatique à la base des douleurs de l'assuré et, par conséquent, leur incidence sur sa capacité de travail.

Finalement, comme le relève à juste titre le recourant, le médecin-conseil n'examine pas suffisamment l'incidence des troubles du sommeil sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée. En présence d'une somnolence diurne attestée par un score d'Epworth élevé, on aurait pourtant pu attendre du Dr O. \_\_\_\_\_ qu'il explique et motive les raisons

permettant d'exclure toute perte de rendement ou d'efficacité en rapport avec ce trouble. Dans le même sens, les appréciations de ce dernier médecin ne font aucune référence à l'état de santé psychique de l'assuré, alors même qu'une incapacité de travail en raison de troubles dépressifs est évoquée par le Dr M. \_\_\_\_\_ (rapport médical détaillé du 4 octobre 2016, Al pce 4).

**4.8** En définitive, le dossier est trop lacunaire et ne permet pas de porter un jugement fiable sur l'état de santé de l'assuré. En l'état, le Dr O. \_\_\_\_\_ ne pouvait dès lors évaluer de façon cohérente et convaincante les limitations fonctionnelles de l'assuré. Son appréciation du 25 janvier 2016 – complétée le 23 janvier 2018 – ne saurait par conséquent se voir reconnaître une valeur probante suffisante, d'autant que sa motivation n'est pas circonstanciée de manière appropriée.

**4.9** Cela étant, l'instruction doit être complétée de manière à ce que la capacité résiduelle de travail de l'assuré puisse être évaluée en connaissance de cause. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité inférieure, dès lors que l'instruction à la base de la décision attaquée a été mise en œuvre de façon trop sommaire. Pour déterminer l'état de fait médical, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer une appréciation documentaire de son médecin-conseil. Or, comme développé ci-avant, le dossier médical soumis au Dr O. \_\_\_\_\_ est lacunaire à plusieurs titres et n'a été complété d'aucune manière (art. 61 PA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; 139 V 99 ; TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3).

Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires à l'établissement de la capacité de travail et de gain de l'intéressé. Pour ce faire, elle mettra en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine orthopédique, neurologique et psychiatrique, ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; s'agissant de l'aspect psychiatrique, cf. notamment ATF 141 V 281). Il s'agira notamment pour les experts (i) d'établir l'état de santé de l'assuré, (ii) de dresser ses limitations fonctionnelles, (iii) d'évaluer de façon précise et cohérente sa capacité de travail dans son ancienne activité et dans des activités adaptées, puis (iv) de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis le début théorique du droit à la rente (cf. consid. 5 ci-après). Dès lors qu'il ne ressort pas du dossier que l'intéressé ne serait pas apte à voyager pour des raisons médicales, cette expertise devra être réalisée en Suisse.

## 5.

Dans un deuxième moyen, le recourant se prévaut d'une violation des art. 29 LAI et 29 LPGA. A ses yeux, c'est à tort que l'autorité inférieure a déterminé le moment de la naissance du droit à la rente eu égard au dépôt en 2016 de la demande de pension selon le formulaire E 204 (AI, pce 1). Bien plutôt, il lui appartenait de constater que la CPAM a été saisie dès 2013, comme cela ressort notamment des fiches établies par son service médical. Toujours selon le recourant, sa demande de 2013, même si elle est intervenue auprès d'une autorité incompétente, est ainsi déterminante pour statuer sur la naissance du droit à la rente.

Selon l'art. 29 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. Selon cette dernière disposition, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (al. 1). Si une demande ne remplit pas les exigences de formes ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (al. 3). Dans le même sens, l'art. 81 du règlement (CE) n° 883/2004 et l'art. 2 al. 3 du règlement (CE) n° 987/2009 prévoient que la date à laquelle une demande a été introduite auprès d'une institution incompétente est seule déterminante. En outre, l'art. 45 al. 5 du règlement (CE) n° 987/2009 dispose que la date d'introduction de la demande de prestations d'invalidité auprès d'une institution compétente au sens de l'al. 4 de cette disposition vaut à l'égard de toutes les institutions concernées.

En l'occurrence, il est patent que l'assuré a annoncé dès 2013 son cas à la CPAM. Du 20 novembre 2013 au 1<sup>er</sup> novembre 2016, il était en effet au bénéfice de prestations en espèces de l'assurance maladie pour incapacité de travail (AI, pce 1). Cela étant, pour que la demande intervenue en 2013 soit déterminante au regard de l'art. 29 LAI, il faudrait qu'elle ait visé expressément des prestations d'invalidité. Or, cette demande ne figure pas au dossier, de sorte qu'on ne peut en définir l'objet. Aussi, dans le contexte de la procédure de renvoi selon le considérant 4 ci-avant, l'autorité inférieure complètera le dossier sur cet aspect également, en se procurant les dossiers des institutions françaises d'assurance-sociale comprenant notamment les demandes de prestations formulées par le recourant.

**6.**

Vu ce qui précède, le recours doit être admis.

Etant donné l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 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.

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 obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts. En l'absence d'un décompte de prestations de la part du mandataire, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]), une indemnité de dépens de 1'500 fr. à charge de l'autorité inférieure. Le travail du mandataire a en effet consisté en la prise de connaissance du dossier de l'OAIE comportant 47 pièces et en la rédaction d'une réplique, d'une prise de position ainsi que de divers courriers.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 17 mars 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE, qui procédera à un complément d'instruction dans le sens des considérants et rendra une nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de 800 fr. sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Une indemnité de dépens de 1'500 fr. est allouée au recourant, à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

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 :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

**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. 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 :