



---

Cour III  
C-2496/2013

## Arrêt du 5 octobre 2015

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Michela Bürki Moreni, Caroline Bissegger, juges,  
Audrey Bieler, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, France,  
représenté par Maître Eric Maugué,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
Avenue Edmond-Vaucher 18,  
Case postale 3100, 1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente, décision du  
19 mars 2013.

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissant suisse domicilié en France, né le [...] 1951, divorcé et père de deux enfants adultes, a travaillé en Suisse depuis 1976 dans la gestion hôtelière, puis dans diverses banques à Genève entre 1981 et 2010, notamment en tant que frontalier (cf. pce 20). Au bénéfice d'une formation de commerce et dans la gestion hôtelière, l'assuré, polyglotte, a exercé en dernier lieu une activité de chef comptable dans une banque à Genève du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 19 avril 2010, date à laquelle il se trouve en incapacité de travail pour raisons de santé. L'intéressé est ensuite licencié, au 30 septembre 2010, par son dernier employeur (pces 9, 16, 22 et 30).

**B.**

À la suite d'une procédure de détection précoce lancée le 7 juillet 2010 par son assureur perte de gain (pces 1 à 7), A.\_\_\_\_\_ dépose le 14 septembre 2010 (pce 13) une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal des assurances sociales du canton de Genève (OCAS). Il annonce être en incapacité de travail totale depuis le 19 avril 2010 en raison d'un épisode aigu, survenu en avril/mai 2010, d'insuffisance rénale chronique et de pancréatite, pathologies présentes en tous les cas depuis mai 2009 (cf. également les rapports médicaux des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ; pce 10 pp. 1-8).

Dans le cadre de cette procédure, sont notamment versées en cause les pièces suivantes:

- un rapport médical du 10 mai 2010 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_, du service de réanimation du centre hospitalier de la région d'Annecy, accompagné de plusieurs avis d'arrêt de travail du 17 mai 2010 au 26 janvier 2011 (pce 10 pp. 5-11 et pce 28 p. 2), dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé en avril/mai 2010 en raison d'une pancréatite aiguë compliquée d'un diabète insulino-requérant avec complications multiples, hémorragie digestive sur black oesophagus et insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire;
- plusieurs arrêts de travail établis par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, déclarant l'assuré en incapacité totale de travail du 19 avril 2010 au 20 avril 2010, du 5 octobre 2010 au 26 janvier 2011 (pce 74 pp. 17-20) et du 5 décembre 2010 au 31 mai 2011 (pces 23 p. 21, 36 p. 4, 43 pp. 2-5 ; cf. également pce 74 pp. 13-15 et pce 24) ;

- un rapport médical du 13 juillet 2010 établi par le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin interniste dans le service de néphrologie-dialyse du centre hospitalier de la région d'Annecy, mentionnant un suivi de l'assuré suite à son hospitalisation pour une pancréatite aiguë et une insuffisance rénale aiguë qui nécessite des séances d'hémodialyse; le médecin mentionne une évolution lentement favorable et un état général de l'assuré détérioré, lequel se plaint d'asthénie, de tremblement et de douleurs des membres inférieurs associés à une atrophie (pce 10 pp.1-2);
- un rapport médical du 27 juillet 2010 du Dr B. \_\_\_\_\_ lequel relève une insuffisance rénale chronique plus marquée qu'avant l'épisode aigu de l'assuré ; il mentionne une amélioration de l'asthénie de l'assuré et des plaintes de dorsalgies avec irradiation en ceinture et de difficulté à la marche (pce 10 pp. 3-4) ;
- un questionnaire pour l'employeur rempli le 23 septembre 2010, dont il ressort que l'assuré a travaillé 40 heures par semaine pour un salaire annuel de CHF 126'000 comme responsable du service de la comptabilité dans une banque genevoise du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 30 septembre 2010, date à laquelle il est licencié en raison d'une réorganisation du service nécessitée par son état de santé (pces 20 et 22) ;
- un rapport médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 25 septembre 2010, dont il ressort que l'assuré souffre d'insuffisance rénale chronique aggravée depuis le 21 avril 2010, ayant nécessité une hospitalisation de presque un mois, puis un traitement ambulatoire du 12 juillet 2010 au 12 octobre 2010 ; le médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré, mais indique que des activités assises sont possibles. Il signale une résistance limitée, une asthénie et des plaintes de lombalgies (pce 31 pp. 1-6 ; cf. également son rapport médical du 14 mars 2011 [pce 44]).

## C.

**C.a** Mandaté par l'assurance perte de gain maladie (...), le Dr E. \_\_\_\_\_, cardiologue, dans un rapport du 5 novembre 2010, déclare que l'assuré est remis de sa pancréatite aiguë et de son insuffisance rénale, mais présente éventuellement une incapacité en raison de troubles ophtalmologiques entraînant une importante diminution de sa vision (pce 35 p. 5).

**C.b** Suite au rapport médical du 10 novembre 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, ophtalmologue, dont il ressort que l'assuré, reçu en consultation le 23 septembre 2010 pour une pseudo-rétinopathie de Purscher de l'œil droit découverte en mai 2010 suite à une pancréatite aigue, présente une activité visuelle de 10/10 des deux yeux (pce 33 pp. 2-3), le Dr E.\_\_\_\_\_, dans un second rapport du 15 décembre 2010, retient que l'assuré est apte à reprendre son activité habituelle sédentaire à plein temps depuis le 10 novembre 2010, les troubles de la vision étant exclus dès cette date (pce 35 p. 3).

**C.c** Par courriers des 30 décembre 2010 et 28 février 2011, A.\_\_\_\_\_ s'oppose aux deux rapports du Dr E.\_\_\_\_\_, remettant en cause la valeur probante de l'examen de ce médecin qui, à ses dires, ne l'a examiné que quinze minutes et ne tient absolument pas compte de son problème de vue, mais plutôt des conséquences de sa pancréatite et de son insuffisance rénale ayant entraîné une fatigue persistante et une perte de poids de 28 kg, ainsi que des douleurs dorsales constantes. Reconnaisant partiellement les plaintes de l'assuré, le Dr E.\_\_\_\_\_ conseille qu'un rhumatologue soit consulté (pces 36 et 38).

**D.**

Dans une expertise de l'appareil locomoteur du 21 mars 2011 (pce 47) mandatée par l'assurance perte de gain de l'assuré auprès de la clinique Corela à Genève, le Dr G.\_\_\_\_\_, rhumatologue, diagnostique chez l'assuré des dorso-lombalgies chroniques liées à une fatigue importante d'ordre métabolique sans syndrome radiculaire ou atteinte neurologique, ainsi qu'une algie des membres inférieurs d'étiologie indéterminée. L'expert, expliquant les douleurs dorsales de l'assuré et ses troubles à la marche par ses multiples troubles métaboliques et endocriniens, considère que du point de vue rhumatologique, en l'absence de limitations fonctionnelles, l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 100% dès la date de son expertise soit le 10 février 2011. Selon lui, une consultation psychiatrique pourrait être utile.

Dans le cadre de cette expertise, un médecin interniste et néphrologue, dont on ignore l'identité a été consulté sur dossier (pp. 39 ss de l'expertise). Celui-ci retient que l'assuré souffre de maladie rénale chronique de stade 4 (préterminale) avec hyperparathyroïdie secondaire sévère, d'acidose métabolique, d'hypertension artérielle (HTA), de protéinurie néphrotique, d'hyperkaliémie, d'intolérance au glucose et d'anémie. L'expert néphrologue consulté indique que l'assuré ne peut plus tenir des positions assises ou debout prolongées, ni effectuer une marche de plus de 20

minutes ou porter des poids autres que légers (5 à 10 kg). Il ressort que l'assuré peut reprendre son dernier emploi de comptable à 50% avec un rendement de 100% dès le jour de l'expertise en alternant fréquemment les positions et en adaptant sa place de travail. L'expert estime que la situation devra être réévaluée en fonction de l'évolution de la fonction rénale de l'assuré. Le Dr G.\_\_\_\_\_, relevant un tableau de fatigue importante, évoque un possible syndrome dépressif. Il estime qu'une consultation psychiatrique pourrait être utile (pce 47 p. 22).

## **E.**

**E.a** Par courrier du 23 mai 2011, l'assurance perte de gain de l'assuré, sur la base de cette expertise et sur l'avis de son médecin-conseil le Dr H.\_\_\_\_\_ retient chez l'assuré une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 avril 2011 et une incapacité de 50% dans son activité habituelle de comptable dès cette date (pce 49 p. 2).

**E.b** Considérant un nouveau rapport médical du 28 juin 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant, l'assurance perte de gain de l'assuré mandate une nouvelle expertise bidisciplinaire auprès de la Clinique Corela, en médecine interne et psychiatrie (pce 56). Ce rapport médical indique en effet que l'assuré souffre, outre d'insuffisance rénale terminale, nouvellement d'un trouble anxio-dépressif grave avec asthénie nécessitant un suivi psychologique. Le médecin traitant retient une aggravation de l'état de santé de l'intéressé depuis juin 2011 ainsi qu'une incapacité totale de travail comme comptable ou dans des activités adaptées depuis le 28 juin 2011 et pour une période indéterminée (pce 52).

**E.c** Dans un rapport d'expertise bi-disciplinaire du 12 décembre 2011, la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre spécialisé en pédopsychiatrie, se basant sur des entretiens des 12 et 26 octobre 2011, retiennent que l'assuré présente d'une part une hypertension artérielle mal contrôlée, probablement d'origine rénale, nécessitant un repos étendu et empêchant les activités lourdes et psychiquement stressantes, d'autre part, qu'il présente une insuffisance rénale terminale sévère mais stable en préparation d'une greffe, entraînant une péjoration de l'état général, ainsi que de la fatigue, des douleurs de l'appareil locomoteur, du prurit et de l'insomnie. D'un point de vue psychique, l'expert retient que l'assuré souffre d'autres épisodes dépressifs (ICD-10, F 32.8) en phase de développement, soit un épisode d'allure dépressive mais ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif, entraînant des difficultés de concentration et une légère fatigabilité. Dans

le cadre de la discussion de synthèse, les experts retiennent que l'assuré est apte à reprendre son ancienne activité à 50%, avec un rendement entier conservé depuis le 26 octobre 2011, soit dès la date de l'expertise (pce 67).

**E.d** Par courrier du 23 décembre 2011, l'assurance perte de gain de l'assuré estime sur la base de cette expertise que l'incapacité de travail à 100% attestée par le Dr D.\_\_\_\_\_ n'est plus justifiée et que l'intéressé peut reprendre une activité à 50% sans diminution de rendement dès la date de l'expertise, la situation étant à revoir en cas d'éventuelle greffe rénale (pce 67 p. 2 ; cf. également pce 49 p. 2).

**F.**

Dans une prise de position du 6 novembre 2012, le SMR, se basant sur l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, préfère l'avis des experts à celui des médecins traitants et retient que l'assuré, après une période d'incapacité de travail complète du 19 avril 2010 au 9 février 2011, a retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 10 février 2011 dans son activité habituelle et dans des activités adaptées en raison des limitations fonctionnelles liées à son insuffisance rénale chronique de stade 4 (CIM N 18.9), à savoir une fatigabilité, la nécessité d'alterner fréquemment les positions assise-debout, l'impossibilité de marcher de manière prolongée ou de porter des charges régulières de plus de 5 kg (pce 98).

**G.**

Diverses pièces sont encore produites par l'assuré dans le cadre de sa demande de prestations d'invalidité, à savoir :

- un rapport ophtalmologique du 7 janvier 2011 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, lequel mentionne que l'assuré nécessite une surveillance régulière tous les six mois en raison de ses antécédents de glaucome traité ; il est indiqué une acuité visuelle de 10/10<sup>ème</sup> Parinaud 2 avec corrections à l'œil droit et de 10/10<sup>ème</sup> Parinaud 3 à l'œil gauche avec corrections (pce 43 p. 1 et pce 63) ;
- un courrier du 16 janvier 2012 du Dr B.\_\_\_\_\_ en vue de l'inscription de l'assuré sur une liste d'attente de transplantation rénale (pce 74 p. 1) et un courrier du 15 mars 2012 du pôle national de répartition des greffons, dont il ressort qu'un greffe de rein est indiquée pour l'assuré (pce 77 p. 3) ;

- un compte-rendu opératoire du 31 mai 2012 établi par le Dr L. \_\_\_\_\_, du service d'urologie du centre hospitalier de la région d'Annecy, dont il ressort que l'assuré souffrant d'une maladie rénale de stade 5 a subi une intervention afin de mettre en place un cathéter de dialyse péritonéale (pce 86 pp. 2-3) ;
- un certificat du 26 mars 2012 établi par le Dr B. \_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré est en incapacité de travailler depuis le 19 avril 2010 et qu'à l'heure actuelle son état de santé ne lui permet pas d'avoir une activité professionnelle adaptée (pce 75 p. 2; cf. également plusieurs avis d'arrêt de travail du même médecin certifiant une incapacité entière pour la période allant du 17 mai 2010 au 5 octobre 2010 [pce 74 pp. 21-23], puis du 24 novembre 2011 au 1<sup>er</sup> janvier 2012 [pce 66 p. 2; pce 74 p. 11]);
- des résultats de laboratoire des 10 février 2011 (pce 47 p. 52), 26 octobre 2011 (pce 67 p. 65) et 2 mai 2012 (pce 82) ;
- plusieurs avis d'arrêt de travail établis par le Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre, attestant de l'incapacité entière de l'assuré en raison d'un syndrome anxio-dépressif du 19 avril 2011 au 30 avril 2012 (pce 54 p. 1; pce 55 p. 3; pce 64 p. 4; pce 66 p. 3; pce 71 p. 3; pce 74 pp. 7-9, pce 77 p. 2), du 25 avril 2012 au 30 mai 2012 (pce 82), puis du 31 octobre 2012 au 31 décembre 2012 (pces 95 et 102 pp. 1-2);
- plusieurs avis d'arrêt de travail du Dr B. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail entière de l'assuré du 6 juin 2012 au 30 septembre 2012, puis du 3 octobre 2012 au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (pces 84 p. 2, 95 p. 3) ;
- plusieurs avis d'arrêt de travail établis par le Dr D. \_\_\_\_\_ pour les mois d'août 2011 (pces 54 p. 2 et 55 p. 1) et de décembre 2011 (pce 66 p. 5 ; pce 74 p. 10), de janvier à avril 2012 (pce 71 p. 2 ; pce 74 p. 4 et 6 ; pce 77 p. 1) et de mai 2012 à novembre 2012 (pces 82 p. 6, 84, 86 p. 7, 93, 95 et 102 p. 3).

## H.

**H.a** Par projet de décision du 16 septembre 2010, l'OCAS propose l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 sur la base des conclusions des expertises effectuées auprès de la clinique Corela (pce 99).

**H.b** Par opposition du 9 décembre 2012, A.\_\_\_\_\_ estime que les experts de la clinique Corela n'étaient pas à même de livrer une analyse adéquate de ses pathologies. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et requiert une motivation plus complète de la décision (pce 103).

**H.c** Par courriers du 14 février 2013 (pce 109), l'assuré verse en cause plusieurs avis d'arrêt de travail du Dr D.\_\_\_\_\_ certifiant son incapacité du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 28 février 2013 et un avis d'arrêt de travail du Dr B.\_\_\_\_\_ certifiant son incapacité durant toute l'année 2013 (pce 110).

**I.**

Par décision du 19 mars 2013, l'OAIE alloue à A.\_\_\_\_\_ une demi-rente d'invalidité d'un montant de Fr. 976.-- dès le 1<sup>er</sup> avril 2011. Se référant aux expertises effectuées par la clinique Corela qui retient une incapacité de travail de 50% de l'assuré dans son activité habituelle, l'OAIE estime que celui-ci n'a pas amené d'élément nouveau lors de la procédure d'audition permettant de remettre en cause le projet de décision (pce 111; cf. également pce 104).

**J.**

Le 2 mai 2013, A.\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant) interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal), concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2011. Préalablement, le recourant requiert la comparution personnelle de ses médecins traitants, les Drs B.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ auprès de la Chambre des assurances sociales à Genève sur délégation, ainsi que soit ordonnée par le Tribunal administratif fédéral une expertise bi-disciplinaire néphrologique et psychiatrique confiée à un établissement médical public garantissant des ressources suffisantes dans ces spécialités. Au fond, le recourant critique principalement la valeur probante des expertises effectuées par les médecins mandatés par la Clinique Corela. Il avance, d'une part, que les experts consultés ne remplissent pas les exigences en matière de formation et ne disposent pas des spécialités requises pour juger de son état de santé, et, d'autre part, remet globalement en cause le fonctionnement interne de la clinique Corela, laquelle ne satisfait pas à son sens aux conditions jurisprudentielles, et met en doute l'éthique professionnelle de son fondateur (TAF pce 1).

Il verse en cause un certificat médical du 15 avril 2013 du Dr B.\_\_\_\_\_ (pièce jointe au recours n°2), dont il ressort que le recourant souffre depuis

mai 2010 d'une insuffisance rénale de stade 4 nécessitant des hémodialyses et d'une hypertension artérielle, pathologies qui s'influencent mutuellement de manière négative. Le néphrologue traitant précise que le recourant est en attente d'une greffe rénale depuis 2012 et que celui-ci, en raison de son asthénie prononcée, ne peut en aucun cas reprendre une activité professionnelle à 100%.

**K.**

Par courrier du 13 mai 2013, le recourant fait parvenir au Tribunal une procuration dûment signée autorisant son mandataire à le représenter (TAF pces 2 et 3)

**L.**

Par réponse du 30 juillet 2013, l'OAIE conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, se référant pour le surplus à la prise de position du 24 juillet 2013 de l'OCAS, arguant que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport médical ne saurait être jugée en fonction de l'origine du moyen de preuve, et que s'agissant de la formation des experts, un titre de spécialiste est nécessaire sans obligation qu'il s'agisse d'un titre FMH suisse ou que le médecin exerce en cabinet privé. S'agissant des critiques envers les Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, l'OCAS relève qu'une formation en médecine interne est suffisante pour juger d'atteintes néphrologiques et que les critiques formulées à l'encontre du volet psychiatrique de l'expertise ne sont pas objectivées (TAF pce 6).

**M.**

Par décision incidente du 21 août 2013, le Tribunal invite le recourant à déposer une réplique et à verser une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-- jusqu'au 20 septembre 2013. Le recourant s'acquitte de ce montant le 28 août 2013 (TAF pces 7 à 9).

**N.**

Par réplique du 20 septembre 2013, le recourant soulève que l'autorité inférieure ne se prononce pas sur la plupart de ses griefs, lesquels sont repris et explicités (TAF pce 10). Il joint plusieurs documents, notamment :

- un arrêt du Tribunal administratif du canton de Genève du 13 octobre 2009, rejetant le recours d'un médecin-psychiatre, chef de clinique, à l'encontre de la décision du département cantonal compétant lui donnant un avertissement pour avoir manqué à son devoir professionnel;

- un article de presse du 20 janvier 2012 sur la Clinique Corela à Genève ;
- une convention type entre l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et un centre d'expertise médicale pour l'établissement d'expertises pluridisciplinaires ;
- un extrait du 20 septembre 2013 d'un annuaire en ligne concernant le Dr J.\_\_\_\_\_, pédopsychiatre à Paris et un extrait internet du 20 septembre 2013 décrivant les tâches du centre médico-psychologique où travaille ce médecin.

**O.**

Par courrier du 3 septembre 2013, transmis par l'autorité inférieure au Tribunal de céans le 19 septembre 2013, le recourant fait parvenir trois certificats médicaux du Dr Pascal D.\_\_\_\_\_ des 28 juin, 26 juillet et 31 août 2013, prolongeant son arrêt de travail du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 30 septembre 2013 (TAF pce 11). Ces pièces sont transmises au mandataire du recourant par courrier du 20 novembre 2013 du Tribunal lequel l'invite à communiquer au Tribunal s'il est toujours chargé de la défense des intérêts de A.\_\_\_\_\_ (TAF pce 12). Le 20 novembre 2013, le mandataire du recourant confirme être toujours chargé de la défense des intérêts de A.\_\_\_\_\_ (TAF pce 13).

**P.**

Par courriers des 1<sup>er</sup> octobre 2014 et 11 novembre 2014, le recourant s'enquiert de l'état de la procédure et de la suite que compte donner le Tribunal à ses requêtes d'instruction préalables (TAF pces 14 et 15).

**Q.**

Par décision incidente du 17 novembre 2014, le Tribunal rejette la requête préalable du recourant tendant à l'audition de ses médecins traitants les Drs B.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. S'agissant de la nécessité d'ordonner une expertise complémentaire, le Tribunal prononce que cela sera examiné ultérieurement. L'autorité inférieure est par ailleurs invitée à déposer une duplique jusqu'au 17 décembre 2014 (TAF pce 16). Le délai est prolongé au 26 janvier 2015 sur requête de l'autorité inférieure (TAF pces 18 et 19).

**R.**

Par duplique du 13 janvier 2015 (TAF pce 20), l'OAIE maintient ses conclusions en se basant sur une prise de position du 6 janvier 2015 de

l'OCAS. Ce dernier office estime que les critiques adressées à l'encontre de la clinique Corela en tant que telle ne sont pas pertinentes et ne sauraient amoindrir la valeur probante de l'expertise effectuée par des experts suffisamment formés et compétents.

**S.**

Le 26 février 2015, le recourant dépose des observations (TAF pce 22) et réitère ses précédents arguments s'agissant de la qualité des expertises effectuées. Une nouvelle pièce jointe est déposée dans le but de prouver que la clinique Corela recrute massivement ses experts médicaux en France par annonce dans les journaux dans le seul but d'une optimisation des profits, ce qui remettrait par principe en cause la qualité des expertises effectuées dans ce cadre.

**T.**

Par observations du 24 mars 2015 (TAF pce 24), l'autorité inférieure reprend ses précédentes conclusions et indique n'avoir rien à ajouter dans le cadre de cette procédure. Le Tribunal transmet pour information au recourant cette dernière prise de position (TAF pce 25).

Les arguments des parties seront repris si besoin est dans la partie en droit.

**Droit :****1.**

**1.1** Au vu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

**1.2** L'art. 40 RAI (RS 831.201) précise les compétences des offices AI cantonaux et de l'OAIE. Ce dernier est ainsi compétent pour enregistrer et examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger, sous réserve de l'art. 40 al. 2 RAI, qui règle le cas particulier des demandes des frontaliers. L'art. 40 al. 2 RAI prévoit en effet que 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. Il appartient à l'OAIE de notifier les décisions (art. 40 al. 2 RAI dernière phrase). L'art. 40 al. 3 RAI dispose encore que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

**2.**

**2.1** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA (RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**2.2** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**2.3** En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable (TAF pce 7 à 9).

### **3.**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd., 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA).

En conséquence, 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; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2013, p. 25 n. 155, KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3<sup>e</sup> éd., 2013, n°154 ss).

### **4.**

**4.1** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application *pro rata temporis* ; ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du TF 8C\_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

**4.2** En l'espèce, A. \_\_\_\_\_ est citoyen suisse domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est applicable.

### 4.3

**4.3.1** Selon l'art. 1<sup>er</sup> al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci.

**4.3.2** Selon l'art. 1<sup>er</sup> al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1<sup>er</sup> 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]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11).

**4.3.3** En l'espèce, les règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 sont applicables, les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1<sup>er</sup> al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP uniquement applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. l'art. 87 par. 1 du règlement [CE] n°883/2004 et l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_287/2012 du 15 novembre 2012 consid. 2.2).

**4.4** Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises

aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

**4.5** Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

**4.6** Pour ce qui est du droit interne, les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Toutefois les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive qu'il y soit fait référence. Il sied toutefois de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification déterminante dans le cas d'espèce avec l'introduction du nouveau droit.

## **5.**

**5.1** Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI, étant précisé que les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse [FF 2005 p. 4065; articles 6 et 45 du règlement n°883/2004]).

**5.2** Or, en l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI durant de nombreuses années en Suisse (cf. *supra* let. A) ; dès lors il remplit la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

## 6.

**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 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**6.2** La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une 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, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

**6.3** Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. 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 ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. S'agissant du délai d'attente d'une année, une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

**6.4** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 14 mars 2011

(six mois après le dépôt de la demande) et jusqu'au 19 mars 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf).

## **7.**

**7.1** L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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. 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.

**7.2** Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le juge 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 140 V 70 consid. 6.1; ATF 137 V 64 consid. 2; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

## **8.**

**8.1** En l'espèce, il est admis par tous les intervenants que le recourant souffre principalement d'insuffisance rénale chronique préterminale de stade 4 depuis le mois d'avril 2010 suite à une pancréatite aiguë et une aggravation de son atteinte rénale. L'intéressé, sous hémodialyse, est en attente d'une greffe depuis le début de l'année 2012 (pces 10, 28, 31, 44, 74 et 86 ; TAF pce 1). En outre, les médecins relèvent chez le recourant une asthénie importante due à ses multiples troubles métaboliques et endocriniens, une hypertension artérielle ainsi que des dorso-lombalgies.

**8.2** Suite à l'aggravation de l'état de santé du recourant en avril 2010, les médecins généraliste et spécialiste traitants, les Drs D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ décrivent un état général détérioré et une incapacité totale de travail jusqu'au 26 janvier 2011 (pces 10, 31, 44 et 74). Le Dr B.\_\_\_\_\_, dans un rapport médical du 25 septembre 2010 indique que des activités

assises sont possibles (pces 31 et 44). Cet avis est partagé par le Dr G.\_\_\_\_\_, expert de la clinique Corela (cf. la première expertise de l'appareil locomoteur du 21 mars 2011 avec consultation d'un médecin interniste et néphrologue [pce 47 pp. 39 ss]), lequel s'accorde avec les médecins traitants pour admettre que le recourant était totalement incapable de travailler du 19 avril 2010 au 9 février 2011 (pce 47). Selon l'expert, bien que d'un point de vue purement rhumatologique le recourant ne présente pas d'incapacité de travail, une incapacité de travail de 50% doit lui être reconnue dans son ancienne activité depuis la date de son expertise, les activités assises respectant ses limitations fonctionnelles étant permises par son état de santé. Cet avis est suivi par le médecin SMR (cf. la prise de position du 6 novembre 2012 [pce 98]).

**8.3** Une nouvelle aggravation de l'état de santé du recourant est annoncée par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 28 juin 2011 (pce 52), lequel indique la présence d'un trouble anxio-dépressif et d'une grave asthénie entraînant une incapacité de travail totale. Il ressort par ailleurs que le recourant bénéficie d'un suivi psychiatrique par le Dr M.\_\_\_\_\_, lequel le déclare en incapacité totale de travail depuis le 19 avril 2011 (pces 54, 64, 66, etc.). Afin de clarifier ce nouvel aspect, une expertise bidisciplinaire est mandatée par l'assureur perte de gain du recourant (cf. l'expertise du 12 décembre 2011 des Drs I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, experts de la clinique Corela [pce 67]).

**8.4** Ces nouveaux diagnostics sont confirmés par les experts en médecine interne et en psychiatrie ; toutefois, ils estiment, contrairement au médecin généraliste traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, et contrairement au psychiatre traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_, que le recourant a retrouvé une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité dès la date du dernier examen effectué dans le cadre de leur expertise, soit dès le 26 octobre 2011. Il est de plus indiqué que la situation devrait être revue en cas de greffe rénale. Dans un certificat du 26 mars 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_ déclare que le recourant est en incapacité de travail totale depuis le 19 avril 2010 (pce 75 p. 2). Ainsi, on constate que les avis médicaux divergent s'agissant de la capacité de travail du recourant dès le 10 février 2011.

## **9.**

**9.1** L'OAIE, suivant l'avis du SMR et l'avis de l'OCAS, estime que l'assuré a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, considérant les différentes expertises effectuées par la clinique Corela mandatées par l'assureur perte de gain.

**9.2** Le recourant conteste la décision entreprise et requiert qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, après qu'une expertise néphrologique et psychiatrique ait été préalablement ordonnée par le Tribunal de céans. Principalement, la valeur probante de la seconde expertise effectuée par les Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ est contestée, au motif de partialité et d'incohérence. Par ailleurs, la valeur probante de cette expertise bidisciplinaire est également contestée au motif que les experts n'avaient pas la formation, la spécialisation et la compétence nécessaire au cas d'espèce et proviendraient d'une clinique ne remplissant pas les conditions pour opérer en tant que centre d'observation médicale de l'assurance invalidité (COMAI).

**9.3** Dans le cadre de la réponse, tous ces arguments sont réfutés par l'autorité inférieure et l'OCAS qui estiment que les arguments dirigés à l'encontre de la clinique Corela et de son fondateur sont de nature subjective et ne sauraient avoir d'influence sur la valeur probante de l'expertise elle-même. Il est nié que les experts ne remplissent pas les exigences de formation et de spécialisation. Les critiques s'agissant de l'incohérence et de la non-motivation des conclusions des experts par rapport à la capacité de travail du recourant sont démenties comme n'étant pas objectives.

## **10.**

**10.1** Le recourant conteste principalement la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire mandatée par l'assureur perte de gain du recourant auprès de la clinique Corela et estime être en incapacité de travail totale depuis avril 2010 au moment où son état de santé s'est aggravé. Pour étayer ses dires, il invoque l'avis de ces médecins traitants, les Drs D. \_\_\_\_\_, B. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_.

**10.2** Selon la jurisprudence fédérale, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du

seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Les rapports d'un médecin traitant, même spécialisé, ont une valeur probante réduite. En effet selon la jurisprudence, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier.

**10.3** Après examen, le Tribunal constate que l'expertise bidisciplinaire est solide et remplit les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître la valeur probante d'une expertise (cf. *supra* consid. 7.2). En effet, les conclusions des experts sont cohérentes et motivées et se basent sur un examen complet des pièces médicales, sur des anamnèses bien menées tout en prenant en compte les plaintes du recourant. Leurs conclusions rejoignent celles du Dr G. \_\_\_\_\_ et de l'expert spécialisé en médecine interne et en néphrologie consulté lors de la première expertise, lesquels avaient reconnu le recourant apte à travailler dans son ancienne activité sédentaire de comptable à 50% (pce 47 pp. 39 à 49).

**10.4** Le Dr B. \_\_\_\_\_, néphrologue traitant, précise dans son dernier rapport médical du 15 avril 2013 que le recourant en raison de sa maladie rénale chronique ne peut en aucun cas reprendre une activité professionnelle à 100% (PJ 2 au mémoire de recours ; cf. également le rapport du 25 septembre 2010 du Dr B. \_\_\_\_\_ [pce 31]). Les experts quant à eux s'accordent tous pour admettre une incapacité de travail de 50% au recourant en raison de ses troubles somatiques et psychiques. Le Tribunal remarque que le recourant apporte un rapport médical de son néphrologue traitant qui ne va pas à l'encontre des conclusions des experts mandatés et en particulier celui de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Dès lors, il ne peut pas être retenu pour exclure les conclusions des experts qui présentent une valeur probante suffisante. Tel est également le cas du rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2011 (pce 52), au regard de la jurisprudence développée plus haut sous le considérant 10.2 s'agissant de l'appréciation des rapports des médecins traitants.

**10.5** S'agissant du volet psychiatrique, le recourant estime que l'expert a fait preuve de partialité et d'incohérence considérant qu'il s'est écarté des résultats des tests d'auto-évaluation remplis par le recourant s'agissant du degré de sévérité des symptômes dépressifs et d'anxiété. On ne saurait suivre non plus le recourant sur cette voie. En effet, le Dr J. \_\_\_\_\_

motive clairement sur la base de l'examen clinique effectué les raisons pour lesquelles il a décidé de retenir finalement un épisode d'allure dépressive ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif. Ceci est une approche justifiée au regard des lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance invalidité éditée par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), qui décrivent que s'il peut être judicieux de recourir à des questionnaires diagnostics d'auto-appréciation, l'examen clinique reste la base pour juger de la plausibilité des résultats obtenus lors des tests psychologiques (point 4.3.2, p. 14).

**10.6** Concernant les certificats d'arrêt de travail établis par le Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant du recourant, ils ne sauraient constituer une base suffisante pour ébranler les conclusions de l'expert psychiatre. Par ailleurs, le recourant avait tout loisir de déposer par écrit un rapport médical plus complet de ce médecin, comme relevé dans l'ordonnance du 17 novembre 2014 du TAF (TAF pce 16), rejetant sa requête d'audition de ses médecins traitants. Or, aucun rapport complémentaire ayant une valeur probante suffisante n'a été fourni par le recourant permettant de mettre à mal l'appréciation de l'expert mandaté.

**10.7** Considérant qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un expert et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical, en particulier en l'absence d'une appréciation médicale divergente ou si celle-ci n'est pas corroborée par une pièce médicale au dossier (cf. arrêt 8C\_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références), le Tribunal ne saurait s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire en cause.

## **11.**

**11.1** Le recourant conteste l'expertise effectuée par les Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ également au motif que ceux-ci ne disposeraient pas de la spécialisation nécessaire pour juger de son état de santé. Selon lui, un néphrologue aurait dû prendre position et non un spécialiste en médecine interne. Par ailleurs, il invoque que le Dr J. \_\_\_\_\_, en tant que pédopsychiatre, ne serait pas apte à juger de l'état psychique d'un adulte. Le recourant reproche également à la clinique Corela de recourir à des médecins français en tant qu'experts pour des raisons d'optimisation de leurs gains. À ses dires, des spécialistes étrangers ne seraient pas aptes à officier en tant qu'experts en Suisse ne disposant pas de la formation nécessaire d'un point de vue assécurologique.

**11.2** Ces arguments ne sont pas pertinents en l'occurrence. Premièrement, le fait qu'un médecin ne figure pas dans le répertoire des médecins en Suisse ne peut à lui seul permettre de conclure qu'il ne dispose pas des qualifications nécessaires (arrêt 9C\_588/2010 consid. 3.2), ainsi la formation de spécialiste peut avoir lieu à l'étranger (arrêt 9C\_53/2009 du 26 janvier 2010; cf. arrêt du TFA I 414/05 du 18 décembre 2006 consid. 3.3). Deuxièmement, afin qu'un médecin puisse remplir la fonction d'expert, il doit disposer de connaissances spécialisées (arrêt 9C\_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les réf citées ; arrêt 8C\_736/2009 du 26 janvier 2010), toutefois, selon la jurisprudence, un titre de médecine FMH suisse n'est pas exigé (MICHEL VALTÉRIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2013, n°2912 et les réf. citées).

**11.3** La Dresse I. \_\_\_\_\_ est un médecin FMH spécialisé en médecine interne. Ce qui est déterminant ce sont les compétences professionnelles du spécialiste sur lesquelles les tribunaux et l'administration doivent pouvoir se reposer. Bien que non spécialisé en néphrologie, il est raisonnable de penser qu'un expert en médecine interne peut apprécier la capacité de travail d'un assuré s'agissant des effets d'une pathologie spécifique sur son état de santé global, considérant que le diagnostic principal a été posé par le spécialiste traitant et qu'il n'est pas contesté dans la présente cause (cf. notamment le programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2011 en médecine interne générale, point 2.3 et 3.1; [www.sgim.ch](http://www.sgim.ch) > formation postgraduée > programme de formation postgraduée). Par ailleurs un expert en médecine interne et en néphrologie a été consulté lors de la première expertise de l'appareil locomoteur. Il a fourni une appréciation motivée, claire et cohérente (pce 47 pp. 39 ss) et arrivait aux mêmes conclusions que la Dresse I. \_\_\_\_\_. On relève encore que la seconde expertise a été requise par l'assureur perte de gain maladie en raison des troubles psychiques évoqués brièvement par l'expert de l'appareil locomoteur (p. 22 de l'expertise) et par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 juin 2011 (pce 52), et non pour la problématique néphrologique déjà investiguée.

**11.4** Concernant les compétences du Dr J. \_\_\_\_\_, le Tribunal relève que celui-ci a une formation de psychiatre et qu'il s'est spécialisé dans les problématiques des enfants et des adolescents. À n'en pas douter, disposer d'une spécialisation supplémentaire ne saurait signifier que les compétences dans la discipline médicale générale ne peuvent plus être prises en compte. Par ailleurs, il a été établi plus haut (cf. *supra* consid. 10) que les conditions fixées par la jurisprudence pour juger de la valeur

probante d'une expertise sont remplies pour le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire contestée, de même que les lignes directrices de qualité éditées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPA) sont respectées.

## 12.

**12.1** S'agissant des critiques adressées par le recourant à l'encontre de la clinique Corela quant à son fonctionnement interne (cf. *supra* consid. 9.2), le Tribunal estime à l'instar de l'autorité inférieure (cf. la réponse p. 2 ; TAF pce 6) qu'elles ne sont pas pertinentes s'agissant de l'appréciation de la valeur probante d'une expertise. Les critères pertinents ont déjà été développés ci-dessus (cf. *supra* consid. 10.1) et sont considérés comme remplis dans le cas de l'expertise bidisciplinaire effectuée en l'espèce.

**12.2** A ce propos, le Tribunal fédéral, dans son ATF 137 V 210, a admis la menace latente pesant sur les garanties de procédure, en raison notamment de la dépendance économique qui découle du potentiel de recettes des activités des COMAI pour l'AI. Toutefois, il n'a pas été considéré que cet aspect implique automatiquement une partialité de la part de cliniques recherchant également l'optimisation des profits (cf. SVR 2009 UV Nr. 32; SVR 2008 IV Nr. 22; arrêt du TFA U 259/02 du 8 avril 2003; ATFA I 327/04 du 7 avril 2006; ATFA U 364/04 du 19 avril 2006.). Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il s'agissait d'un problème systémique et a instauré afin d'y remédier plusieurs correctifs : l'élargissement des droits procéduraux des assurés, par l'instauration d'un système aléatoire d'attribution des mandats d'expertises, ainsi que par l'amélioration et l'uniformisation des exigences et du contrôle en matière de qualité. Avec l'introduction de l'art. 72<sup>bis</sup> RAI, l'OFAS a obtenu la compétence pour contrôler la qualité des expertises pluridisciplinaires. A cet effet, une liste de critères comprenant notamment des exigences formelles et professionnelles à respecter a été établie sous la forme d'une convention type.

**12.3** Force est de constater que la clinique Corela travaille avec l'assurance-invalidité en qualité de COMAI et est reconnue par l'OFAS comme apte à établir des expertises pluridisciplinaires. Cette clinique a dès lors conclu une convention au sens de l'art. 72<sup>bis</sup> al. 1 RAI avec l'OFAS, laquelle implique un contrôle de qualité des expertises (art. 5 de la Convention type au 1<sup>er</sup> janvier 2014 ; [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) > thèmes > assurance invalidité AI > conseil/FAQ > Contrat type). En l'espèce, le recourant n'a pas avancé d'argument objectifs pour remettre en cause la

surveillance de l'OFAS et pour invalider les expertises effectuées par la clinique Corela.

**13.**

**13.1** Au vu de tout ce qui précède, l'avis des experts mandatés doit être suivi et une incapacité de travail de 50% reconnue au recourant dans son activité habituelle de comptable depuis le 10 février 2011 ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 compte tenu du délai d'attente d'une année (cf. *supra* consid. 6.4).

**13.2** Partant, le recours du 2 mai 2013 doit être rejeté et la décision du 19 mars 2013 confirmée.

**14.**

Les frais de procédure par Fr. 400.-- sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais déjà fournie (TAF pces 7 à 9).

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance sur les frais de procédure déjà versée.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**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)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

**Indication des voies de droit :**

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :