



Cour III
C-3124/2009

Arrêt du 24 août 2011

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),
Michael Peterli, Vito Valenti, juges,
Valérie Humbert, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Mercedes Salmonte Couso,
plaza Roja n° 6, 1° A, Postfach 15.701, ES-15701 Santiago
de Compostela,
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

Invalité (décision du 3 avril 2009).

Faits :**A.**

A._____ est un ressortissant espagnol, né le 3 novembre 1959, marié et père de deux filles aujourd'hui majeures (pce 1). Sans formation professionnelle spécifique, il a travaillé en Suisse au service de diverses entreprises notamment en qualité d'auxiliaire d'imprimerie, de mars 1984 à décembre 1996 (pces 4, 18 et 19) et a cotisé à ce titre auprès de l'assurance vieillesse et invalidité (AVS/AI). De retour en Espagne à une date ne ressortant pas du dossier, il a exercé le métier de cordonnier indépendant de février 1998 à octobre 2007, avec des périodes d'interruption dues à des problèmes de santé depuis 2005 (pce 18).

B. Le 4 août 2008, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) suisse par l'entremise de l'institution nationale de sécurité sociale espagnole (INSS) qui l'a transmise le 8 octobre 2008 à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pces 1 à 5). En cours d'instruction, ont été principalement versés en cause:

- l'expertise E 213 établie le 6 octobre 2008 par la Dresse B._____, médecin à l'INSS, sur la base du dossier médical et d'un examen du patient effectué le 2 octobre précédent et qui diagnostique une hyperostose vertébrale ankylosante, une fibromyalgie, une pathologie dégénérative du rachis et de la coiffe des rotateurs. Ce médecin se prononce en faveur d'une incapacité d'exercer la profession habituelle alors qu'une activité adaptée, sans surcharge du rachis et avec des pauses supplémentaires, serait exigible sans qu'elle précise à quel pourcentage (pce 32),
- un arrêt prononcé le 30 mai 2008 par le Tribunal Supérieur de Justice de Galice qui confirme sur recours de l'INSS un jugement du Tribunal social n°2 de la province d'Ourense reconnaissant à A._____ une incapacité permanente totale pour la profession habituelle au motif d'une hyperostose vertébrale ankylosante ou hyperostose diffuse idiopathique du squelette, un syndrome de fibromyalgie et dysthymie ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux chronique et intense (pces 12 et 13),
- des déclarations fiscales pour les exercices 2005, 2006 et 2007,
- le questionnaire à l'assuré et le questionnaire pour indépendant, datés tous les deux du 3 décembre 2008, qui renseignent sur l'activité de cordonnier indépendant que l'assuré a exercé de février 1998 à

octobre 2007, à raison de 5 jours par semaines de 9h à 13h et de 15h30 à 19h pour un revenu mensuel oscillant entre 1'000 et 1'500 euros (pces 18 et 19),

- plusieurs rapports médicaux manuscrits et illisibles (pces 21 à 25, 27 et 28),
- un rapport du 21 mars 2006 du Dr C._____ du centre médical X._____ à Ourense, consulté par l'assuré et qui observe une synovite bicipitale gauche, une rupture du tendon subscapulaire avec rétraction et une rupture partielle du tendon supra-épineux de grosseur complète affectant au moins 50% du calibre (pce 26),
- un rapport du 21 janvier 2007 du Dr D._____ de la clinique rhumatologique de Santiago de Compostelle qui évoque les diagnostics connus en remarquant que le tableau du patient a évolué de manière torpide, et que les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les analgésiques (y compris les opiacés) ont cessé de faire effet. Selon ce médecin, l'assuré est actuellement incapable de réaliser une quelconque activité supposant un effort modéré provoquant une tension mécanique et une prise en charge par la clinique de la douleur est nécessaire (pce 29),
- le rapport médical du 28 juin 2007, réalisée à la clinique Z._____ à Ourense par le Dr E._____, spécialiste en évaluation des préjudices corporels et expert en assurances médicales, lequel décrit notamment minutieusement les tâches qu'implique l'activité professionnelle du patient et qui pose le diagnostic d'une hyperostose vertébrale ankylosante ou hyperostose diffuse idiopathique du squelette associée à un syndrome de fibromyalgie avec dysthymie ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux chronique persistant. Il d'avis que d'un point de vue médical, ces affections l'empêchent d'effectuer son métier de cordonnier et le limite également dans de nombreuses tâches de la vie quotidienne (pce 30),

B.a Cette documentation médicale a été soumise à l'appréciation du Dr F._____, médecin au service de l'OAIE, qui retient dans sa détermination du 3 janvier 2009 comme diagnostic principal un trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie; comme diagnostic associé une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs gauche et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie ainsi qu'une hyperostose vertébrale idiopathique (maladie de Forestier).

Le Dr F._____ estime que la comorbidité psychiatrique n'est pas documentée dans ce cas et que le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie ne justifient pas de reconnaître une incapacité selon la législation suisse. S'agissant des éléments objectifs (maladie de Forestier et lésion de la coiffe des rotateurs), l'activité de cordonnier reste, selon lui, exigible (pce 34).

C.

C.a Par projet de décision du 7 janvier 2009, l'OAIE a communiqué à A._____ son intention de rejeter sa demande de prestations AI au motif que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 35).

C.b En procédure d'audition, A._____, a manifesté le 5 février 2009, par l'entremise de son avocate, son désaccord avec le projet soumis, se prévalant essentiellement de la décision espagnole lui reconnaissant un degré d'incapacité de 55% (pce 39).

C.c Par décision du 3 avril 2009, l'OAIE a rejeté la demande de prestations AI en rappelant que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne lient pas l'AI suisse et que seules les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain étaient prises en compte en droit suisse (pce 40).

C.d Entre temps, A._____ a encore produit (courrier non daté) une décision espagnole du 30 mars 2009 lui reconnaissant un degré d'handicap de 66% (pce 42).

D.

D.a Par acte du 12 mai 2009, A._____, dûment représenté, interjette recours par devant le Tribunal administratif fédéral (TAF) à l'encontre de cette décision dont il demande implicitement l'annulation et la reconnaissance d'une invalidité totale ainsi que l'octroi des prestations auxquelles il pense avoir droit. A l'appui de son recours, il soutient encore une fois que les autorités compétentes de son pays d'origine lui reconnaissent un degré d'invalidité de 66%.

D.b Dans sa réponse du 18 août 2009, l'autorité inférieure rappelle les dispositions légales topiques applicables au cas d'espèce, en particulier celles qui disposent que les prestations suisses sont déterminées par le

droit suisse. Elle se réfère également à la jurisprudence helvétique pour laquelle le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de l'incapacité de travail, sauf à des conditions strictes manifestement pas remplies en l'espèce.

D.c Par ordonnance du 31 août 2009, le TAF invite le recourant à répliquer et à s'acquitter d'une avance sur les frais de justice présumés, laquelle fut versée en deux fois, dans les délais impartis. Dans sa réplique du 29 septembre 2009, il dit s'en remettre à la documentation médicale qui montre bien qu'en raison de ses atteintes à la santé, il ne peut plus exercer ni sa profession habituelle ni une quelconque autre activité, tant au regard du droit espagnol que du droit suisse. Il joint un nouveau rapport du Dr E. _____ daté du 22 septembre 2009 qui retient le diagnostic de hyperostose vertébrale ankylosante ou hyperostose diffuse idiopathique du squelette, syndrome de fibromyalgie avec dysthymie ainsi qu'un syndrome dépressif anxieux chronique avec de caractéristiques paranoïdes associé à un trouble somatoforme douloureux chronique persistant, et un nouveau rapport du 12 août 2008 du Dr D. _____ lequel conclut au même diagnostic que dans son rapport de janvier 2007; toutefois, il observe que le patient développe un syndrome anxieux-dépressif en raison du tableau clinique torpide qui évolue négativement vers une chronicisation/exacerbation de la symptomatologie, avec une augmentation de l'ankylose avec progressive incapacité physique et psychique.

D.d Par duplique du 28 octobre 2009, l'autorité inférieure réitère ses conclusions en se fondant sur la prise de position du 24 octobre 2009 du Dr F. _____ de son service médical qui est d'avis que la comorbidité psychiatrique n'est pas du tout prouvée.

D.e Par la suite, en février 2010, un échange d'écritures sans importance a encore eu lieu entre les parties.

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions

rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

1.2. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4. Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme

2.

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, 2^e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral 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; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor

dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1. 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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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 (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. 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 d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.2. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

3.3. Il sied à ce propos de signaler que depuis le 1^{er} mai 2010, les règlements 1408/71 et 574/72 sont remplacés dans les 27 Etats membres de l'UE par le Règlement (CEE) n°883/2004 du Parlement et du Conseil du 29 avril 2004 (JO L 200 du 7 juin 2004) et son

Règlement d'application n° 987/2009 (JO L 284 du 30 octobre 2009). Toutefois ces nouveaux règlements ne sont pour l'instant pas encore applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE. Pour ce faire une actualisation de l'annexe II de l'ALCP est nécessaire (cf. circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

3.4. De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (Arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

3.5. Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon la jurisprudence, le juge n'a 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 1 consid. 1.2; ATF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1). La décision entreprise ayant été rendue le 3 avril 2009, le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction et des modifications de la LAI consécutives à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2008, de la 5e révision de cette loi (RO 2007 p. 5147).

Cela étant, la 5e révision de la LAI, n'a pas modifié la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité.

4.

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 et 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI),
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins trois années au total - dont au moins une en Suisse - auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement [CEE] 1408/71).

En l'occurrence, le recourant remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressé pouvait être qualifié d'invalide au sens de la LAI.

5.

5.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5.2. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

5.3. 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%, à trois-quarts de rente s'il est

invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

6.

6.1. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss) et au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre b signifie que l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1er janvier 2008; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.2. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

7.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son

aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2. 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. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Les spécialistes de l'orientation professionnelle en revanche doivent se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales et compte tenu des capacités résiduelles de la personne assurée, ce qui nécessite parfois de se renseigner auprès des médecins (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3.3 et les références citées)

C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

7.3. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

8.

8.1. En l'espèce le refus de prestations AI repose sur le diagnostic corroboré par la documentation médicale de trouble somatoforme douloureux, fibromyalgie, lésion dégénérative des rotateurs et hyperostose vertébrale idiopathique (maladie de Forestier) et dysthymie. Les conséquences de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant sont diversement appréciées par les différents médecins appelés à se prononcer sur les aptitudes résiduelles de l'assuré. La Dresse B._____ exclut la reprise de l'activité de cordonnier tout en estimant exigible – sans en préciser la mesure - l'exercice d'une activité adaptée. Le Dr D._____ dans son rapport du 21 janvier 2007 écarte quant à lui la réalisation de toute activité nécessitant un effort susceptible de provoquer une tension d'ordre mécanique. Le Dr E._____ partage l'avis que la pratique de l'ancienne profession n'est plus possible et note de nombreuses limitations et/ou impossibilités dans les tâches de sa vie quotidienne. Le Dr F._____, médecin à l'OAIE, observe que les éléments objectifs de l'atteinte à la santé que sont la lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs et la maladie de Forestier ne justifient pas une incapacité de travail et que la comorbidité psychiatrique – critère déterminant pour reconnaître un caractère invalidant à un syndrome douloureux somatoforme persistant (cf. ATF 130 V 352) – n'est pas documenté. Ainsi selon lui, l'activité de cordonnier reste compatible.

8.2. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent conduire à une incapacité de travail dans certaines circonstances exceptionnelles, au premier plan desquelles figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (cf. ATF 130 V 352). Toutefois, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit d'évaluer l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000p. 160; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Il en va de même pour la fibromyalgie – comme de tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 137 V 54 consid. 4-5 et

références citées) – quand bien même ce diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3). De surcroît un tel diagnostic doit s'appuyer légitimement sur les critères d'un système de classification reconnue (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). La jurisprudence prescrit également que lorsque des indices sérieux au sujet d'une éventuelle souffrance psychique invalidante ressortent du dossier, une investigation psychiatrique est nécessaire afin de clarifier la situation et de définir précisément l'état de santé de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 260/00 du 29 novembre 2000 consid. 3a; SUSANNE FANKHAUSER, Sachverhaltklärung in der Invalidenversicherung – ein Gleichbehandlungsproblem, Zuerich-Bâle-Genève 2010, p.126). Cette clarification ne se justifie pas en cas de simple divergence entre les plaintes subjectives de l'assuré et les observations objectives (FANKHAUSER, op. cit.). On peut également y renoncer s'il apparaît avec certitude que les troubles psychiques sont purement réactifs à l'état somatique.

8.3. En l'espèce, aucune expertise psychiatrique ne figure au dossier. Outre l'expertise E 213, le seul rapport médical établi dans les règles de l'art et le respect de la jurisprudence précitée (cf. consid. 7.3) est celui du Dr E._____, qui n'est pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie (sur la qualification de l'expert cf. arrêt du TF I 779/01 du 16 octobre 2002 consid. 4.1). Ainsi, le Dr F._____ a parfaitement raison lorsqu'il relève que la comorbidité psychiatrique n'est pas prouvée, mais il revient à l'autorité de diligenter une expertise à ce sujet, et non de se contenter d'écarter promptement la requête, puisqu'une certaine souffrance psychique dépassant la simple dysthymie ressort clairement du dossier (rapports du 22 septembre 2009 du Dr E._____ et rapport du Dr D._____ du 12 août 2008). Dans ce contexte, il sied de relever que le durcissement depuis 2004 des critères permettant de reconnaître un caractère invalidant aux maladies présentant des tableaux cliniques diffus sans déficit fonctionnel organique ne dispense pas l'autorité d'instruire à satisfaction les demandes de prestations relevant de ces catégories. Il est vrai que compte tenu des conditions strictes posées par la jurisprudence, il est difficile d'atteindre de ce seul fait le taux d'invalidité de 40% ouvrant le droit à une rente. Toutefois, les résultats des expertises menées dans les règles de l'art sont en général mieux acceptés par les assurés (cf. arrêt du TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 3.4.2.6). Il importe donc, de pouvoir écarter en toute connaissance de cause, cas échéant, une demande de rente AI basée sur de telles atteintes.

9.

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse du 3 avril 2009 annulée. S'agissant d'élucider une question nécessaire non réglée (cf. arrêt du TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 4.4.1.4), la cause peut être renvoyée à l'autorité inférieure (art. 61 PA) afin qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire intégrant l'avis d'un psychiatre avant de prononcer une nouvelle décision. Dans ce cadre-là, il incombera à l'expert psychiatre de déterminer, à partir de bases objectives, si et dans quelle mesure le recourant dispose de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs et de réintégrer un processus de travail, ce que le dossier, en l'état, ne permet pas de trancher.

10.

10.1. Vu l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée par le recourant lui sera restituée sur le compte bancaire qu'il aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

10.2. Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2).

En l'espèce, le travail accompli par la représentante du recourant en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 2 pages accompagné d'un bordereau de copies de 20 pièces et d'une réplique de 1 page et demie accompagnée d'un bordereau de copies de 9 pièces. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 650.- à charge de l'OAIE.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 3 avril 2009 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il procède conformément au considérant 9.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée par le recourant lui sera restituée sur le compte qu'il aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

3.

Une indemnité de dépens de Fr. 650.- est alloué au recourant à la charge de à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec accusé de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

La greffière :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

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 :