



---

Cour III  
C-5900/2014

## Arrêt du 20 septembre 2017

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
David Weiss, Christoph Rohrer, juges,  
Brian Mayenfisch, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
France,  
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 (décision du 10 septembre 2014).

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

A.\_\_\_\_\_ est un ressortissant français né le (...) 1962, en partenariat enregistré avec B.\_\_\_\_\_, avec laquelle ils ont élevé quatre enfants nés en 1990, 1991, 1994 et 2000 (OCAS doc 3). Il a été travailleur frontalier en Suisse comme maçon, notamment auprès de C.\_\_\_\_\_, société de placements, pour qui il a travaillé du 7 août 2007 au 10 juin 2011 (date de son arrêt de travail), dans le cadre de missions temporaires. Son salaire mensuel s'élevait, dans les derniers mois de travail avant son incapacité (à savoir de février à mai 2011), à CHF 2'448.30.-, CHF 5'482.-, CHF 6'556.80.-, et CHF 5'276.30.- (salaire horaire de CHF 37.55.- [OCAS docs 7 p. 2 ss ; 8 ; 13 p. 3 ss]). Il a ainsi cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (voir notamment OCAS doc 90 p. 5). En date du 1<sup>er</sup> février 2011, il a subi un accident sur son lieu de travail ; il n'en a toutefois pas fait part à son employeur avant de subir une rechute en date du 21 juin 2011. Parallèlement à cela, il a été mis en incapacité de travail en date du 10 juin 2011, pour des motifs d'ordre psychique, et a bénéficié des prestations de l'assureur-maladie perte de gain de son employeur (D.\_\_\_\_\_) du 10 juin 2011 au 11 octobre 2011, puis de l'assureur-maladie E.\_\_\_\_\_ à compter de cette même date (OCAS docs 5 p. 2 ; 7 p. 2 ; 16 – 18 ; 32 ; 39 p. 70, 102 s., 130).

**B.**

**B.a** Le 14 septembre 2011, l'Office AI du canton de Genève (ci-après : l'OCAS) a enregistré une demande de prestations d'invalidité (sous forme de mesures de réadaptation), déposée par l'intéressé en date du 12 août 2011 (OCAS doc 2).

**B.b** Diverses pièces ont été fournies dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, certaines provenant par ailleurs de l'assureur-maladie ainsi que de la SUVA, à savoir :

- divers certificats médicaux d'arrêt de travail relatifs à des atteintes psychiques, établis par les Drs F.\_\_\_\_\_ (médecin traitant de l'intéressé), G.\_\_\_\_\_ (psychiatre) et H.\_\_\_\_\_ (psychiatre), portant sur la période du 10 juin 2011 au 22 décembre 2011, prescrivant un arrêt de travail total pour l'ensemble de cette période (OCAS doc 39 p. 114 – 120) ; par la suite, des certificats médicaux du Dr H.\_\_\_\_\_

datés du 2 mars 2012 et du 2 avril 2012, abaisseront l'incapacité de travail à 75%, à compter du 20 mars 2012 (OCAS doc 39 p. 51, 63),

- divers certificats médicaux d'arrêt de travail relatifs aux atteintes somatiques de l'intéressé, établis par les Drs I.\_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédique), J.\_\_\_\_\_ (médecin de famille), et K.\_\_\_\_\_ (médecin interne), établissant une incapacité de travail pour la période du 21 juin 2011 au 22 novembre 2011, du 8 février 2012 au 22 mars 2012, du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 30 avril 2012, du 8 mai 2012 au 30 juin 2012, du 2 août 2012 au 25 octobre 2012, et, enfin, du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 31 janvier 2013 (OCAS doc 39 p. 40, 57, 67, 111, 123, 128, 137, 143, 145, 151, 155 ; doc 40 p. 7, 8),
- un rapport établi par la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin interne aux hôpitaux Z.\_\_\_\_\_, en date du 21 juin 2011, indiquant que l'intéressé souffre de douleurs articulaires, à l'épaule et au coude gauche (M25.50) suite à un accident survenu quatre mois auparavant ; il n'a toutefois pas consulté de médecin avant ce jour (OCAS doc 39 p. 130),
- la « déclaration de sinistre LAA » faite le 29 juin 2011 auprès de l'assureur-accident SUVA, faisant état de l'accident professionnel survenu en date du 1<sup>er</sup> février 2011 (« *en remontant une pompe d'un puit, a dû lâcher la corde et est tombé en arrière sur le coude gauche* »), et fixant la date de la rechute au 21 juin 2011 (OCAS doc 39 p. 150),
- un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2011 portant sur l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule gauche, effectué par le Dr M.\_\_\_\_\_, radiologue (OCAS doc 39 p. 132),
- un rapport médical daté du 11 août 2011, établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, diagnostiquant chez l'intéressé une bursite de l'épaule gauche et une tendinite, en notant toutefois une amélioration lente (OCAS doc 39 p. 141),
- un questionnaire pour l'employeur, rempli par celui-ci en date du 23 septembre 2011, dans lequel il est notamment indiqué que l'intéressé a travaillé jusqu'au 10 juin 2011 (OCAS doc 7 p. 2 – 7),
- un rapport médical rempli par le Dr F.\_\_\_\_\_ à la demande de l'OCAS, et retourné à celui-ci en date du 6 octobre 2011 ; le médecin retient, comme diagnostics affectant la capacité de travail, des idées

de persécution ainsi que des « idées noires » ; dite incapacité est totale dans l'activité habituelle, du 13 juin 2011 au 9 octobre 2011 (OCAS doc 9),

- divers décomptes d'indemnités journalières versés par l'assureur-maladie E.\_\_\_\_\_, portant sur la période du 11 octobre 2011 au 11 janvier 2012 (incapacité de 100%), du 13 février 2012 au 30 avril 2012 (incapacité de 100%, puis de 75% à compter du 20 mars 2012 [OCAS doc 39 p. 45 – 50, 79 – 82]),
- un rapport médical daté du 1<sup>er</sup> novembre 2011, établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, diagnostiquant chez l'intéressé une bursite de l'épaule gauche et une épicondylite externe du coude gauche, et notant une amélioration importante, en précisant toutefois qu'il faut s'attendre à ce qu'un « dommage demeure » (OCAS doc 39 p. 121),
- un rapport médical rempli à la demande de l'OCAS par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, et retourné à l'Office en date du 11 novembre 2011 ; le médecin pose comme diagnostic un syndrome anxio-dépressif atypique ; il relève en outre de l'anorexie, de l'asthénie et des insomnies ; le Dr H.\_\_\_\_\_ précise que son patient suit actuellement un traitement à base d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'antipsychotiques (...); il retient une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, au moins du mois de juillet 2011 au mois de novembre 2011 (OCAS doc 15),
- un rapport daté du 30 novembre 2011, établi à la suite d'une échographie pratiquée la veille, portant sur l'épaule gauche de l'intéressé, et dans laquelle le Dr N.\_\_\_\_\_, radiologue, retient une rupture complète de la coiffe au détriment uniquement du sus-épineux (OCAS doc 39 p. 89 ; voir aussi le courrier du Dr I.\_\_\_\_\_, daté du 5 janvier 2012, faisant suite à ce rapport [OCAS doc 39 p. 90]),
- un rapport médical intermédiaire, daté du 23 décembre 2011, établi par le Dr O.\_\_\_\_\_, rhumatologue, à l'attention de la SUVA, diagnostiquant chez l'intéressé une rupture post-traumatique du sus-épineux gauche et indiquant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (incapacité présente à compter du 22 novembre 2011 et pour une durée indéterminée, selon le certificat médical daté du 24 novembre 2011 [OCAS doc 39 p. 99, 104]),

- un rapport d'expertise psychiatrique établi le même jour par la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin interne, basé sur un examen effectué le 22 décembre 2011, intervenant à la demande de l'assureur-maladie pertes de gains de l'intéressé (E.\_\_\_\_\_) ; après avoir procédé à un récapitulatif détaillé des divers documents médicaux et de l'anamnèse (OCAS doc 19 p. 5 – 8), la Dresse P.\_\_\_\_\_ conclut, sur la base des résultats aux tests de Hamilton et de M.A.D.R.S, à un état dépressif grave (31/52 points, respectivement 32/60 points) ; s'agissant de l'affection ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation (réaction mixte anxieuse et dépressive [F 43.22]), résultant d'un harcèlement moral sur le lieu de travail, est retenu ; la médecin note que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle à compter du 16 juin 2011, et conditionne une amélioration de ladite capacité à « l'amélioration de l'état de santé qui est ressentie par l'expertisé et objectivée par le médecin traitant », en précisant toutefois que l'intéressé sera capable de s'adapter à son environnement professionnel « dans un très proche avenir » (OCAS doc 19 p. 8 ss),
- un courrier de la SUVA, daté du 30 décembre 2011, adressé à l'intéressé, et lui octroyant des prestations d'assurances pour les suites de l'accident professionnel du 1<sup>er</sup> février 2011, pour un montant journalier de CHF 151.65.- à compter du 21 juin 2011 (OCAS doc 39 p. 97),
- un rapport médical intermédiaire, dont la signature du médecin est illisible, daté du 16 janvier 2012 et adressé à la SUVA, diagnostiquant une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, retenant une incapacité totale dans l'activité habituelle dès le mois de juin 2011, en précisant que le pronostic de l'évolution est défavorable ; le médecin retient une incapacité totale dès le mois de juin 2011, et précise qu'une intervention chirurgicale prendra place prochainement (OCAS doc 39 p. 72),
- un certificat médical établi par le Dr H.\_\_\_\_\_ en date du 2 février 2012, relevant que l'état psychologique de l'intéressé implique qu'il devra être muté dans une autre équipe ou à un autre poste de travail, lors de la reprise de son activité (OCAS doc 23),
- un rapport opératoire du 9 février 2012, établi par le Dr I.\_\_\_\_\_, et indiquant qu'une intervention a été pratiquée la veille sur l'intéressé ; le médecin confirme le diagnostic d'une rupture massive de la coiffe de

l'épaule gauche ; il relève en outre un état dépressif ainsi qu'une schizophrénie ; le médecin précise que son patient a subi, lors de l'intervention, une arthroscopie, une acromioplastie, une ténodèse du biceps, et une suture du sous-scapulaire et du sous-épineux (OCAS doc 39 p. 71).

**B.c** Diverses pièces médicales ont continué par la suite à être versées au dossier, certaines provenant par ailleurs du dossier de l'assureur-accidents SUVA, à savoir :

- des prescriptions de physiothérapie (OCAS doc 39 p. 7, 27, 39, 56, 88, 101, 124),
- un rapport médical intermédiaire, établi par le Dr I. \_\_\_\_\_ en date du 13 mars 2012 à l'attention de la SUVA, portant sur l'épaule gauche de l'intéressé, et retenant une incapacité totale dans l'activité habituelle dès le 5 février 2012 (OCAS doc 39 p. 59),
- un rapport médical intermédiaire, établi en date du 22 mai 2012 par le même médecin à l'attention de la SUVA, portant sur l'épaule gauche de l'intéressé, et indiquant une incapacité totale dans l'activité habituelle dès le 8 février 2012, tout en précisant que l'évolution est lentement favorable (OCAS doc 39 p. 38),
- un « rapport médical intermédiaire », rempli par le Dr H. \_\_\_\_\_ en date du 19 avril 2012 ; le médecin note une amélioration de la dépression de son patient ; il ajoute que la capacité de travail est de 25% dans l'activité habituelle (OCAS doc 28),
- un rapport médical rempli en date du 10 mai 2012 à la demande de l'OCAS, dans lequel le Dr I. \_\_\_\_\_ retient, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ; il relève que l'intéressé n'est pas en mesure d'effectuer une activité qui requiert de lui qu'il travaille uniquement en position debout, qu'il marche régulièrement, qu'il travaille avec les bras au-dessus de la tête ou soulève des charges, et, enfin, qu'il monte sur des échelles ou des échafaudages ; les restrictions énumérées peuvent être réduites par le biais de la physiothérapie ; le médecin indique, enfin, que l'incapacité de travail est totale à compter de la date de l'accident, pour une durée indéterminée (OCAS doc 30),

- un pré-rapport d'évaluation daté du 18 juin 2012, établi par le Dr Q. \_\_\_\_\_, psychiatre, à la demande de l'assureur perte de gains ; (OCAS doc 32),
- un courrier de l'assureur-maladie E. \_\_\_\_\_, daté du 21 juin 2012, retenant, sur la base du préavis du 18 juin 2012 (voir *supra*), que l'incapacité de travail de l'assuré relève avant tout du registre de la SUVA, en tant qu'assureur-accident ; l'assureur-maladie fixe dès lors la fin du versement d'indemnités journalières de 75% au 30 juin 2012 (OCAS doc 32 p. 2),
- le rapport d'expertise psychiatrique daté du même jour, basé notamment sur un entretien effectué en date du 13 juin 2012, et établi par le Dr Q. \_\_\_\_\_ ainsi que par Madame R. \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP (ci-après : les experts) ; après avoir procédé à un récapitulatif détaillé des documents médicaux et de l'anamnèse du patient, et relevé que l'intéressé suit un traitement au (...) (15 mg/jour) et au (...) (0.5 mg/jour), les experts se penchent sur les tests psychométriques effectués par l'intéressé (OCAS doc 33 p. 10 ss) ; ils relèvent « de très mauvaises concordances entre les tests psychométriques, en particulier les hétéro et auto-évaluations, toutes massivement surcotées » ; ils notent ainsi qu'alors que le test Hamilton 17 items et l'examen clinique plaident pour une symptomatologie dépressive subclinique, le test Beck 21 rapporte, lui, un score pour une symptomatologie dépressive très sévère, en concordance avec le facteur dépression du SCL-90R ; s'agissant du test Hamilton anxiété, ils relèvent que ce dernier indique l'absence d'anxiété (éventuellement une anxiété mineure), alors que le Penn State est sub-pathologique, et le facteur anxiété du SCL-90R est, lui, « fortement pathologique » ; sur cette base, les experts concluent que la « *discordance inter-auto-évaluation (...) suggère en général une tendance à dramatisation et à l'amplification des symptômes* » ; ils notent en ce sens que « *le SCL-90R donne des scores fortement pathologiques à sub-pathologiques pour traits psychotiques, mais fortement pathologiques pour traits paranoïaques, profil qui, chez un sujet d'intelligence normale, maîtrisant parfaitement le français, se retrouve en général chez les sujets qui tendent à amplifier ou majorer les difficultés* », ce qui « *explique par avance la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second, par définition, faisant le postulat de sincérité de son patient* » ; les experts retiennent dès lors, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive,

actuellement subclinique à léger (la situation s'étant, selon eux, compliquée des suites de l'accident survenu le 1<sup>er</sup> février 2011) ; les experts concluent que la capacité de travail est, d'un point de vue psychiatrique, entière dans l'activité habituelle, au plus tard dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, sous réserve d'éventuelles limitations somatiques ; ils ajoutent que l'exercice d'une activité adaptée est possible à compter de cette même date, dans toute activité adaptée aux compétences de l'intéressé et à sa motivation ; ils ajoutent sur la base de ce constat, que la situation relève plus de la compétence de la SUVA (assureur-accident) que de celle de l'assureur-maladie perte de gain (OCAS doc 33 p. 17 ss),

- un rapport d'examen médical du 31 juillet 2012, établi par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement pour l'assureur-maladie SUVA ; le médecin retient que la capacité de travail est, en l'état, nulle pour toute activité dans la construction, dans la mesure où la situation actuelle ne milite pas en faveur d'une reprise de travail à fortes sollicitations mécaniques ; une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir une activité ne nécessitant pas de manutention de charges dépassant les 5 kg, et sans élévation du bras au-dessus de l'horizontale, peut être envisagée ; enfin, le médecin note que l'intéressé estime pouvoir reprendre « dès maintenant » une activité adaptée (OCAS doc 40 p. 9 ss),
- un rapport médical intermédiaire, rédigé à l'attention de l'assureur-accident SUVA par le Dr I. \_\_\_\_\_ en date du 20 octobre 2012 (OCAS doc 45 p. 4),
- un rapport difficilement lisible établi par le Dr T. \_\_\_\_\_, portant sur un IRM effectué en date du 1<sup>er</sup> novembre 2012 (OCAS doc 45 p. 7).

**B.d** Invité à se prononcer sur la documentation médicale versée au dossier, le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional AI [ci-après : médecin SMR]), a retenu, en date du 13 novembre 2012, comme atteinte principale à la santé, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (M75.1) ; il a en ce sens relevé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle à compter du 1<sup>er</sup> février 2011. En revanche, le médecin SMR a indiqué que la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée ne nécessitant pas de devoir porter des charges dépassant les 5 kg et d'élever le bras au-dessus de l'horizontale, et ce à compter du 31 juillet 2012 (à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation). S'agissant des atteintes « du point de vue maladie », à

savoir un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), le Dr U.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des deux expertises psychiatriques s'étant prononcées à ce sujet (OCAS doc 41).

**B.e** D'autres documents ont encore été versés au dossier, à savoir notamment :

- un « rapport médical intermédiaire » établi par le Dr I.\_\_\_\_\_ en date du 27 novembre 2012, dans lequel celui-ci constate un état stationnaire depuis deux à trois mois, et précise que la capacité de travail reste nulle dans l'activité habituelle (OCAS doc 42),
- et un rapport médical daté du 28 février 2013 établi par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement au sein de l'assureur-accident SUVA ; le médecin, constatant que la situation peut être considérée comme stabilisée, indique toutefois qu'une légère amélioration spontanée avec le temps est possible ; le Dr V.\_\_\_\_\_ constate que le retour vers une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle n'est pas envisageable ; il note en revanche que l'intéressé peut mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas de solliciter le bras gauche au-dessus de l'horizontale, ni de devoir porter des charges supérieure à 10 kg ; du point de vue de l'assurance-accident, le médecin retient une atteinte à l'intégrité de 12.5% (OCAS doc 50 p. 5 ss).

**B.f** L'OCAS a, en date du 17 juillet 2013, effectué une comparaison des revenus, fixée à l'année 2011 (date du dépôt de la demande). Il a ainsi retenu un revenu annuel avant invalidité de CHF 62'307.- (sur la base des salaires théoriques statistiques disponibles de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] pour l'année 2010, publiée par l'Office fédéral de la statistique [OFS ; <http://www.bfs.admin.ch>]). S'agissant du revenu avec invalidité, l'Office a fixé celui-ci à CHF 61'733.- (pleine capacité de travail dans une activité de niveau 4, selon les statistiques ESS 2012 [activité simple et répétitive]) ; l'OCAS a procédé à un abattement de 10% sur ledit revenu (au vu des limitations fonctionnelles et de la nécessité d'effectuer une activité adaptée légère), parvenant dès lors à un montant s'élevant à CHF 55'560.-. L'Office a, sur cette base, retenu que le taux d'invalidité se montait à CHF 10.83% en 2011 (OCAS doc 55 ; voir aussi doc 60).

**C.**

**C.a** Par projet d'acceptation de rente, l'OCAS a, en date du 30 octobre 2013, signalé à l'intéressé qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité à durée limitée et lui refuser des mesures professionnelles (OCAS doc 60). L'Office a relevé qu'en date du 1<sup>er</sup> février 2012, à savoir à l'issue du délai de carence d'un an, l'incapacité de travail était totale. En outre, l'intéressé ayant déposé sa demande en date du 14 septembre 2011, le droit à la rente ne naissait qu'au 1<sup>er</sup> mars 2012 (art. 29 al. 1 LAI). Celui-ci avait ensuite perdu jusqu'au 31 juillet 2012, moment auquel la capacité de travail dans une activité adaptée était redevenue totale (degré d'invalidité de 11% [voir *supra*, let. B.g]). En application de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'OCAS a enfin constaté qu'en tenant compte de la période de trois mois d'amélioration de la capacité de gain, le droit à la rente devait prendre fin en date du 31 octobre 2012. L'OCAS a dès lors indiqué à l'intéressé qu'il recevrait une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2012 au 31 octobre 2012.

**C.b** L'assuré a été auditionné en date du 22 novembre 2012 en vue de se prononcer sur le projet de décision susmentionné (OCAS doc 67 ; voir aussi opposition écrite du 21 novembre 2013, OCAS doc 66). Il a remis en cause, lors de cet entretien, les deux rapports d'examens établis dans le cadre de la procédure auprès de la SUVA, à savoir le rapport d'examen médical du 31 juillet 2012 établi par le Dr S.\_\_\_\_\_, ainsi que le rapport médical daté du 28 février 2013 rédigé par le Dr V.\_\_\_\_\_; il a en outre contesté la pertinence du rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, établi le 1<sup>er</sup> novembre 2011, qui divergeait des conclusions des Drs O.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_. Il a, enfin, versé au dossier deux certificats médicaux, établis par le Dr I.\_\_\_\_\_ et datés du 18 novembre 2013, indiquant, pour le premier, une incapacité de travail totale depuis le 8 février 2012, et pour le second, une même incapacité totale du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 novembre 2013 (voir OCAS doc 65). Sur cette base, il a conclu à ce que lui soit octroyé, après instruction supplémentaire menée par l'OCAS, une rente entière d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> mars 2012 et pour une durée indéterminée.

**C.c** Dans un courrier non daté, reçu par l'OCAS en date du 13 décembre 2013, l'intéressé a soutenu que le rapport médical du 28 février 2013, établi par le Dr V.\_\_\_\_\_, reposait sur « une erreur du Dr J.\_\_\_\_\_ », dans la mesure où ce dernier avait conclu à l'existence d'une tendinite, et non d'une rupture (OCAS doc 72).

**C.d** Le 27 mars 2014, l'OCAS a encore reçu un rapport médical établi par le Dr I.\_\_\_\_\_ en date du 24 mars 2014 ; celui-ci retenait comme diagnostics une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule de l'intéressé, ainsi qu'une schizophrénie. Il indiquait que l'état de santé de l'intéressé n'avait pas connu d'évolution significative, et qu'il était resté stationnaire depuis plus d'un an, avec pour conséquence, du point de vue des limitations fonctionnelles, une perte de force et d'endurance. Le médecin précisait qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes de l'intéressé et l'examen clinique. La capacité de travail dans l'activité habituelle était dès lors nulle depuis le 8 février 2012. S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, le Dr I.\_\_\_\_\_ recommandait d'envisager un « recyclage professionnel ». Enfin, il recommandait une prise en charge psychiatrique de son patient s'agissant des troubles psychiques dont souffrait celui-ci (OCAS doc 78 [l'intéressé n'étant pas, au moment de l'établissement du rapport, au bénéfice d'un suivi psychiatrique ; voir OCAS doc 84]).

**C.e** Dans un avis médical SMR du 21 août 2014 (OCAS doc 85), le Dr U.\_\_\_\_\_ a indiqué que les nouvelles pièces versées au dossier ne permettaient pas de conduire à une appréciation médicale différente de celle ressortant de l'avis médical du 13 novembre 2012 (voir *supra*, let. B.e).

**C.f** Par décisions du 10 septembre 2014 (OCAS doc 90), l'OAIE a alloué à l'intéressé une rente entière d'invalidité mensuelle de CHF 281.-, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2012 au 31 octobre 2012. En outre, l'Office a octroyé des rentes entières ordinaires pour enfant liées à la rente du père, pour la même période et pour trois, puis pour deux enfants (trois fois CHF 72.-/mois de mars à juin 2012, respectivement deux fois CHF 109.-/mois de juillet à octobre 2012).

## **D.**

**D.a** Par acte daté du 13 octobre 2014, l'intéressé, représenté par (...), a interjeté recours contre la décision précitée (TAF pce 1 ; voir notamment procuration datée du 26 septembre 2014), par devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal). Il a fait valoir que son incapacité de travail était totale, et ce sans compter qu'il était aussi limité dans les gestes simples de la vie quotidienne. Se référant aux rapports médicaux des Drs I.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ (voir *infra*, s'agissant de cette dernière), et s'appuyant sur le fait qu'il allait percevoir une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de la part de la SUVA, il a fait valoir qu'il souffrait

toujours de douleurs aux bras et à l'épaule gauche. Ensuite, s'agissant de la comparaison des revenus opérée par l'Office, il a relevé que celle-ci se référait, à titre de salaire avant invalidité, aux statistiques ESS, pour retenir un revenu annuel s'élevant à CHF 62'407.-. L'intéressé a contesté ce montant, en soutenant que son salaire mensuel de travail s'élevait, avant le début de son incapacité de travail, à CHF 6000.-/mois. S'agissant du revenu avec invalidité, l'intéressé a fait valoir que le salaire mensuel à retenir devait s'élever à CHF 4'546.-/mois ; il a en outre estimé qu'un abattement de 15% devait être opéré sur ledit revenu. Dès lors, l'intéressé a conclu à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité d'au moins 50%, en vue de lui octroyer une demi-rente d'invalidité pour une durée non limitée dans le temps, respectivement de le mettre au bénéfice de mesures d'ordre professionnel, sous suite de frais et dépens.

L'intéressé a notamment joint à son recours, en plus des documents déjà versés au dossier, les pièces suivantes :

- une décision sur opposition rendue par la SUVA en date du 20 août 2014, confirmant sa décision du 23 juillet 2014 qui octroyait à l'intéressé une indemnité de CHF 15'750.-, en raison de l'atteinte à l'intégrité de 12.5% retenue par le Dr V.\_\_\_\_\_ (voir *supra*, let. B.f),
- le recours interjeté le 20 septembre 2014 par l'intéressé contre la décision sur opposition précitée, par devant la Chambre des assurances sociales du canton de (...),
- un certificat médical établi par le Dr I.\_\_\_\_\_, daté du 25 septembre 2014, déclarant l'intéressé en incapacité totale de travailler pour l'entier du mois d'octobre 2014,
- et, enfin, un rapport médical établi par la Dresse W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, daté du 3 octobre 2014, relevant que l'intéressé présente une altération clinique de l'épaule gauche avec des douleurs, une impotence fonctionnelle, une rotation interne incomplète et très algique, ainsi qu'un craquement en extension du membre supérieur gauche (Heer+, Patte+, Gerber+) ; la Dresse W.\_\_\_\_\_ relève que l'intéressé ne peut soulever aucune charge et qu'il présente aussi des limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne ; elle souligne la nécessité de réévaluer le taux d'invalidité « après le bilan et l'avis du spécialiste » en orthopédie chirurgie ; la médecin retient une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, et souligne la nécessité de réévaluer le taux d'invalidité de l'intéressé.

**D.b** L'autorité inférieure, invitée à prendre position par ordonnance du Tribunal du 22 octobre 2014 (TAF pce 2), a conclu, dans sa réponse du 5 janvier 2015, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 3). Elle a renvoyé aux conclusions prises par l'OCAS, qui, en date du 22 décembre 2014, avait notamment relevé que le recourant n'apportait aucun élément objectif permettant de remettre en question la valeur probante des évaluations médicales sur lesquelles reposait la décision attaquée (à savoir d'une part l'expertise psychiatrique du Dr Q. \_\_\_\_\_ datée du 21 juin 2012, et, d'autre part, le rapport d'examen médical du 31 juillet 2012 établi par le Dr S. \_\_\_\_\_), et qu'il ne faisait que d'y substituer sa propre appréciation. En ce qui avait trait au montant du revenu avant invalidité à retenir, l'Office a souligné que selon les Comptes individuels (CI) de l'intéressé, celui-ci n'avait jamais gagné un salaire mensuel supérieur à CHF 4'746.-, et que l'utilisation des statistiques ESS étaient dès lors à son avantage. S'agissant du revenu après invalidité, l'OCAS a relevé que l'intéressé n'indiquait pas en quoi le montant retenu était erroné. Enfin, l'Office a soutenu que les limitations fonctionnelles dont souffrait l'intéressé ne justifiaient pas à elles seules un abattement supérieur à 10%.

**D.c** Invité par décision incidente du 13 janvier 2015 à répliquer et à payer une avance sur les frais de procédure présumés de CHF 400.- (TAF pce 4), le recourant s'est acquitté de ce montant dans le délai imparti (TAF pce 6), et a déposé ses observations en date du 13 février 2015 (TAF pce 7). Le recourant a fait valoir que sa critique portée contre les rapports médicaux retenus par l'OCAS ne reposait pas sur une appréciation subjective, mais se fondait bien plutôt sur d'autres documents médicaux, notamment ceux établis par les Drs I. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, ces derniers concluant selon lui à une incapacité de travail totale depuis le 31 juillet 2012. Le recourant a ensuite fait valoir qu'en ce qui concernait les statistiques ESS, il fallait retenir le revenu d'un homme TA1 et de niveau 4 pour établir son revenu avec invalidité, au vu des affections dont il souffrait et de son absence de qualifications. L'intéressé a, en outre, joint à son recours le rapport d'un arthroscanner de l'épaule droite daté du 4 novembre 2014 et établi par le Dr X. \_\_\_\_\_, radiologue, à la suite d'une chute survenue le 14 octobre 2014, diagnostiquant chez l'intéressé une rupture transfixiante du tendon supra-épineux, isolée. Il a, sur cette base, demandé au Tribunal de céans que ce dernier tienne compte de cette nouvelle affection dans la détermination du taux d'invalidité.

**D.d** Invitée à dupliquer par ordonnance du 24 février 2015 (TAF pce 8), l'autorité intimée a, en date du 11 mars 2015 (et renvoyant à l'avis de

l'OCAS du 9 mars 2015), relevé que la nouvelle affection à l'épaule droite signalée par le recourant constituait une atteinte postérieure à la décision attaquée, et qui sortait donc du cadre de la procédure en cours (TAF pce 9). L'Office a ensuite relevé que le recourant, en vue de contester les rapports médicaux retenus par le médecin SMR, ne faisait que de renvoyer de manière générale aux autres avis médicaux produits, qui avaient été pris en compte dans l'élaboration de la décision attaquée. Enfin, l'OCAS a rappelé que l'utilisation des salaires statistiques était une méthode avalisée par la jurisprudence.

**D.e** L'autorité inférieure a, par courrier du 22 septembre 2015, transmis au Tribunal de céans une décision de la SUVA datée du 14 septembre 2014, reconnaissant à l'intéressé une incapacité de gain s'élevant à 12%, et lui octroyant, sur cette base, une rente mensuelle de CHF 459.85.- à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014 (TAF pce 12).

**D.f** Par un second courrier daté du 1<sup>er</sup> décembre 2015, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal un rapport du MEDAS Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique) de (...), remis à l'OAIE par la SUVA en date du 10 novembre 2015. Il ressortait de ce rapport que c'était à la suite d'une déclaration de rechute faite en date du 4 septembre 2015 que l'assureur-accident précité avait annoncé l'intéressé à la Clinique ; le recourant y avait dès lors séjourné du 6 octobre au 23 octobre 2015. Ce rapport se subdivisait en plusieurs avis médicaux, à savoir (TAF pce 13) :

- un « rapport de la phase initiale », daté du 7 octobre 2015 et établi par le Dr AB.\_\_\_\_\_ (Chef de service et médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation), M. CD.\_\_\_\_\_ (maître socioprofessionnel) et Mme DE.\_\_\_\_\_ (psychologue OSP) ; les intéressés notent que le patient a de la difficulté à réaliser des actions soutenues ou endurantes sollicitant le bras gauche, ce qui réduit sensiblement son potentiel de travail ; selon eux, une activité plus légère et adaptée est envisageable et permettrait de reconditionner l'intéressé ; ils notent encore que celui-ci s'autolimité pour protéger son épaule et par peur d'avoir mal,
- un rapport psychiatrique daté du 27 octobre 2015 et établi par la Dresse FG.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) ; la médecin, qui indique avoir revu l'intéressé « chaque semaine en contrôle » durant le temps qu'il a passé à la Clinique, relève notamment comme suit : « *la présentation du patient a beaucoup varié au cours du séjour du point de vue psychique ; au*

*départ, des éléments anxio-dépressifs sur un fond de personnalité narcissique étaient au premier plan. Au cours du séjour, nous avons assisté à des moments de désorganisation quasi psychotiques, et un désarroi d'apparence authentique. Ce tableau clinique me fait évoquer un trouble de type personnalité schizotypique, caractéristique constitutionnelle antérieure à sa chute. Des mouvements anxio-dépressifs et de désorganisation semblent plus manifestes depuis ses ennuis de santé, et sont, dans les situations de surcharge, susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles au travail »,*

- une « évaluation des capacités fonctionnelles » de l'intéressé, établie par Monsieur HI. \_\_\_\_\_ (physiothérapeute) en date du 20 octobre 2015 ; il y est noté que le patient se plaint d'une douleur à l'épaule gauche ; le médecin relève que l'intéressé « sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles » ; il relève encore par la suite que le patient s'autolimité lorsqu'il lui est demandé de fournir des efforts, à savoir, par exemple, de lever des poids à la hauteur de la taille, à la hauteur de la tête, ou encore horizontalement ; en conclusion, le médecin relève que l'évaluation ne traduit que l'effort auquel le sujet a bien voulu consentir, dans la mesure où il a interrompu la majorité des tests en invoquant le fait de ne pas vouloir en faire d'avantage,
- et, enfin, une synthèse de l'état de santé de l'intéressé, datée du 5 novembre 2015, établie par les Drs JK. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) et LM. \_\_\_\_\_ (médecin assistant) ; les médecins constatent tout d'abord que la rechute a été occasionnée par la reprise d'une activité professionnelle dans le domaine du bâtiment pour une durée d'un mois (il s'agissait de la première expérience de travail de l'intéressé depuis son arrêt de travail au mois de juin 2011) ; les médecins posent comme diagnostics, sur le plan somatique, une rupture de la coiffe de l'épaule gauche, une tendinopathie de l'infra-épineux, un amincissement de l'insertion distale du supra-épineux et une omarthrose débutante ; ils notent que l'intéressé a subi deux infiltrations sous-acromioniales, une suture du supra-épineux, de l'infra-épineux et du sub-scapulaire, une ténodèse et une acromioplastie ; les médecins relèvent que le patient, qui n'a pas réussi à trouver de travail dans une activité plus adaptée, a travaillé comme intérimaire en juillet 2015 pour une période d'un mois, ce qui a occasionné une augmentation de ses douleurs ; s'agissant de l'aspect psychopathologique, les médecins relèvent qu'aucun nouveau diagnostic n'a été posé durant le séjour ; ils notent toutefois que les « *mouvements anxio-dépressifs et de*

*désorganisation semblent plus manifestes depuis [les] ennuis de santé et dans des situations de surcharge, susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles au travail* » ; les médecins ajoutent que l'évolution subjective et objective du patient est légèrement favorable ; il est ensuite relevé que l'intéressé sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles, mais que le niveau de cohérence est néanmoins élevé (« *l'évaluation ne traduit finalement que l'effort auquel le sujet a bien voulu consentir* » ) ; s'agissant des limitations fonctionnelles, les médecins retiennent que le patient ne peut effectuer un travail prolongé au-dessus du plan des épaules, nécessitant de devoir porter des charges lourdes et moyennes de manière répétée, et de devoir maintenir les bras en porte-à-faux de manière prolongée, et concluent qu'un « *travail avec niveau d'effort léger devrait pouvoir être envisagé* », en précisant que la situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais qu'elle devrait l'être à la fin de l'année 2015 ; l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon est totale, s'agissant de la période du 6 octobre au 30 novembre 2015 ; si le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est modérément favorable (notamment en raison des réticences de l'intéressé qui espère retrouver une profession lucrative que l'activité de maçon qu'il pratiquait, et vis-à-vis), la capacité de travail dans une activité adaptée reste toutefois totale.

**D.g** Invité par le Tribunal de céans à se déterminer sur les nouveaux documents versés au dossier (TAF pce 14), l'OAIE a, par courrier du 3 mars 2016 se référant à la prise de position 19 février 2016 de l'OCAS, conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 17).

L'autorité intimée se basait notamment sur un avis médical SMR, daté du 1<sup>er</sup> février 2016 et établi par la Dresse NO.\_\_\_\_\_. Cette dernière y relevait en premier lieu que c'était à tort que le SMR avait retenu, dans son rapport du 13 novembre 2012 (voir *supra*, let. B.e), que le recourant avait été en incapacité de travail à compter du 20 février 2011 (recte : 1<sup>er</sup> février 2011), dans la mesure où il avait travaillé jusqu'au 10 juin 2011, et n'avait été mis en arrêt de travail qu'à compter de ce jour (voir en ce sens le rapport pour l'employeur du 23 septembre 2011 [*supra*, let. B.b]). Sur le plan psychiatrique, la Dresse NO.\_\_\_\_\_ a relevé que la Clinique, en se référant au rapport psychiatrique daté du 27 octobre 2015 (voir *supra*), n'avait retenu aucune restriction ou incapacité de travail psychique, bien que l'hypothèse d'éventuelles limitations fonctionnelles survenant dans

des situations de surcharge avait été avancée. Sur le plan ostéoarticulaire, la médecin SMR a relevé que la Clinique n'avait pas posé de nouveau diagnostic, malgré l'aggravation des douleurs à l'épaule gauche. La Dresse NO.\_\_\_\_\_ a notamment souligné que plusieurs incohérences avaient été relevées (efforts sous-maximaux, absence d'amyotrophie des membres supérieurs, bonne musculature conservée, arrêt du test de marche après six minutes [sans souffrir de lésion aux membres inférieurs et en étant, de manière générale, en bonne santé], manque de participation de l'intéressé aux ateliers car n'en voyant pas l'utilité). Elle a dès lors conclu que l'aggravation rapportée en juillet 2015 apparaissait principalement subjective, et que les constatations faites par la Clinique (arthro-CT du 21 juillet 2015 objective, amincissement de l'insertion distale du supra-épineux, tendinopathie de l'infra-épineux, omarthrose débutante sans rupture transfixiante) ne permettaient pas d'objectiver une aggravation durable par rapport aux conclusions précédentes du SMR. La médecin SMR a dès lors conclu que la Clinique n'avait fait que confirmer la possibilité, pour l'intéressé, d'exercer une activité adaptée et légère.

**D.h** Par courrier du 26 avril 2016, Maître QP.\_\_\_\_\_ s'est annoncée auprès du Tribunal de céans en qualité de nouvelle représentante du recourant (voir TAF pces 20, 25 ; voir notamment la procuration du 11 avril 2016 signée en la faveur de l'avocate susmentionnée).

L'intéressé y soutenait que c'était à tort que l'autorité inférieure avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 31 juillet 2012, et ce dans la mesure où la SUVA avait, elle, dans sa décision sur opposition rendue le 29 septembre 2015, indiqué que la situation du recourant ne s'était améliorée qu'à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014. Il a, en outre, soutenu qu'il y avait lieu de retenir que sa situation s'était notablement aggravée ; il a, en ce sens, notamment fait valoir que le rapport d'arthroscanner, daté du 4 novembre 2014 et établi par le Dr X.\_\_\_\_\_, avait établi l'existence, s'agissant de l'épaule droite, d'une rupture transfixiante du tendon supra-épineux, isolée (voir *supra*, let. D.c). Il a de plus contesté le calcul du taux d'invalidité, en maintenant que l'autorité inférieure aurait dû se référer, pour le revenu avant invalidité, au revenu effectivement perçu par l'intéressé avant son arrêt de travail ; s'agissant du revenu avec invalidité, il a soutenu que le revenu annuel moyen à retenir n'excédait pas CHF 40'397.50.-, dans la mesure où seul un nombre limité d'activités adaptées pouvaient être exercées (à savoir des activités de surveillance ou d'agent). Il a dès lors modifié ses conclusions, en faisant valoir qu'il présentait un taux d'invalidité de 51%, et qu'il pouvait prétendre

à l'octroi d'une rente entière pour la période précédant le 30 juin 2014, et une demi-rente d'invalidité pour la suite.

Il a notamment produit les documents suivants :

- un arthroscanner de l'épaule gauche, daté du 21 juillet 2015 et établi par le Dr RS.\_\_\_\_\_, radiologue, qui constate une fissuration de la face profonde associée à un amincissement de l'insertion distale du tendon du muscle supra-spinatus et à une dissection lamellaire du tendon infra-spinatus sans composante transfixiante ni apacification de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, ainsi qu'une omarthrose débutante associée à une intégrité du complexe labro-ligamentaire, et, enfin, une arthropathie débutante de l'interligne acromio-claviculaire,
- la décision sur opposition de la SUVA susmentionnée, rendue le 29 septembre 2015, confirmant la décision du 14 septembre 2015 allouant à l'intéressé une rente d'invalidité de 12% ;
- et un avis médical de la Dresse W.\_\_\_\_\_, daté du 2 février 2016, qui relève la présence de douleurs chronique au niveau de l'épaule gauche, présentes même au repos ; le pronostic est réservé, dans la mesure où le moindre effort physique risquerait d'aggraver les lésions existantes (la médecin note en particulier une fissuration de la face profonde, associée à un amincissement de l'insertion distale du tendon du muscle supra-spinatus, et la présence d'une dissection lamellaire des infra-spinatus, sans composante transfixiante) ; s'agissant de l'activité habituelle, toute reprise est impossible – une reconversion professionnelle reste toutefois envisageable, une activité adaptée (sans port de charges) étant envisageable à 100% ; la Dresse W.\_\_\_\_\_ relève, enfin, un état dépressif avec des idées noires, par épisodes, avec suivi régulier.

**D.i** L'autorité inférieure a, dans sa prise de position du 16 juin 2016 (renvoyant à un avis de l'OCAS du 13 juin 2016), relevé qu'il ressortait du rapport de la SUVA du 31 juillet 2012 que l'intéressé était à cette date en mesure d'exercer une activité adaptée. S'agissant du montant à retenir comme revenu avant invalidité, l'autorité intimée a relevé que le recourant effectuait, dans son activité habituelle, des missions temporaires, ce qui impliquait que son revenu était soumis à des fluctuations importantes, raison pour laquelle il fallait retenir un revenu basé sur les statistiques ESS. En ce qui avait trait au revenu d'invalidité, l'OCAS a relevé que l'évaluation dudit revenu devait nécessairement reposer sur un choix large et

représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée, raison pour laquelle il convenait en l'espèce de se fonder sur le revenu moyen pour un homme dans une activité de niveau 4 ; et ce, d'autant plus que le recourant était, selon l'autorité intimée, en mesure d'exercer un nombre significatifs d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles (TAF pce 28).

**D.j** Par courrier du 23 août 2016 (TAF pce 31), l'intéressé a relevé que les pièces médicales produites en date du 26 avril 2016 (voir *supra*, let. D.h) n'avaient pas été soumises par l'OCAS au SMR. Il a en outre contesté que le rapport de la SUVA ait confirmé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 31 juillet 2012. Il a ensuite notamment relevé qu'il avait à nouveau dû subir une opération en date du 15 juin 2016 (voir le rapport joint en annexe, établi par le Dr I.\_\_\_\_\_ en date du 16 juin 2016, indiquant que l'intéressé a subi, en raison d'un syndrome douloureux résiduel après suture de la coiffe gauche, une arthroscopie, une excision de l'insertion distale du sus-épineux, une acromioplastie antéro-externe et une résection du centimètre distal de la clavicule).

**D.k** Dans une dernière prise de position datée du 29 septembre 2016 (renvoyant à un avis de l'OCAS du 26 septembre 2016), l'autorité intimée s'est ralliée à l'avis médical du 23 septembre 2016 de la Dresse TU.\_\_\_\_\_, médecin SMR, dans laquelle cette dernière relevait que ni le rapport opératoire du Dr I.\_\_\_\_\_, portant sur l'intervention effectuée en date du 15 juin 2016 (voir *supra*, let. D.j), ni l'avis médical du 2 février 2016 de la Dresse W.\_\_\_\_\_ ne permettaient de remettre en cause les précédentes conclusions du SMR. S'agissant du premier rapport cité, la médecin a relevé que les séquelles de l'accident au niveau de l'épaule gauche avaient toujours été reconnues, et que cette nouvelle intervention ne remettait dès lors pas en question les précédentes conclusions du SMR, à savoir une capacité de travail totale dans une activité adaptée « dès juillet 2012 ». En ce qui avait trait au second avis médical, la Dresse TU.\_\_\_\_\_ a relevé que la Dresse W.\_\_\_\_\_ soulignait l'existence de douleurs chroniques, en admettant toutefois la possibilité d'exercer une activité adaptée à 100% (TAF pce 33).

**D.l** Par courrier du 9 mars 2017, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal une copie de la décision du 7 mars 2017 de la SUVA, remise par celle-ci à l'OAIE ; dite décision maintenait le versement d'une rente d'invalidité au taux de 12% à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014 (TAF pce 35).

**E.**

Le 10 avril 2017, Maître QP. \_\_\_\_\_ a informé le Tribunal de céans ne plus être constituée pour défendre les intérêts du recourant, et a révoqué l'élection de domicile en son étude (TAF pce 36).

**F.**

**F.a** Par communication datée du 30 mai 2017, le Tribunal, constatant que c'était probablement à tort que l'intéressé avait perçu une rente du 1<sup>er</sup> mars 2012 au 31 mai 2012 (dans la mesure où il n'avait été mis en arrêt de travail qu'au mois de juin 2011 [voir *supra*, let. D.g]), lui a signalé qu'un éventuel renvoi de la cause à l'autorité inférieure risquait dans tous les cas d'aboutir à ce qu'il doive restituer les prestations perçues indûment. Un délai de 20 jours dès notification de ladite communication a dès lors été laissé au recourant pour qu'il prenne position et retire éventuellement son recours ; le Tribunal lui a par ailleurs indiqué qu'en l'absence de prise de position dans le délai imparti, ce dernier serait considéré comme maintenu (TAF pce 37).

**F.b** L'intéressé n'a pas fait suite à cette ordonnance, de sorte que le recours du 13 octobre 2014 doit être considéré comme étant maintenu (TAF pce 38).

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

**1.1** Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral 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** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (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 loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A 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.

**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** 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.

## **2.**

En vertu de l'art. 40 al. 2 RAI, 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 – dans le cas concret il s'agit de l'OCAS, l'assuré ayant travaillé en tant que frontalier à (...) (voir OCAS docs 7 p. 2 ss). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

## **3.**

**3.1** Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, 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 l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. 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 (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est

déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

**3.2** S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

#### **4.**

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI suisse pour une durée non limitée dans le temps, allant ainsi au-delà du 31 octobre 2014 et, le cas échéant, sur le taux d'invalidité qui devrait être retenu.

#### **5.**

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

#### **6.**

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 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 6 LPGA).

L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

## 7.

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée 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.

Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2025).

## 8.

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale

(ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6).

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, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

## **9.**

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et

renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

## **10.**

En l'espèce, le Tribunal relève que l'intéressé présente au minimum deux affections distinctes, à savoir une sur le plan somatique et l'autre sur le plan psychique. Il s'agit dès lors de distinguer ces deux atteintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, avant de déterminer si la capacité de gain du recourant a été correctement évaluée par l'autorité inférieure.

**10.1** Il sied dans un premier temps de relever que le rapport de l'arthroscanner de l'épaule droite daté du 4 novembre 2014, établi par le Dr X. \_\_\_\_\_ et produit par l'intéressé en procédure de recours (TAF pce 7 ; voir *supra*, let. D.c), n'est pas de nature à modifier les constats qui précèdent, dans la mesure où il est postérieur à la décision litigieuse. En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne

peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Cette nouvelle affection concernant l'épaule droite de l'intéressé n'est dès lors pas pertinente en l'espèce.

## 10.2

**10.2.1** Sur le plan somatique, il est admis qu'à la suite d'un accident survenu le 1<sup>er</sup> février 2011, le recourant a souffert d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.

Ce diagnostic est retenu par tous les médecins s'étant prononcé sur la question, à savoir en particulier la Dresse L.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 21 juin 2011 (voir *supra*, let. B.b), le Dr N.\_\_\_\_\_, dans le rapport intermédiaire du 23 décembre 2011 (voir *supra*, let. B.b), le Dr O.\_\_\_\_\_, aussi en date du 23 décembre 2011 (voir *supra*, let. B.b), et le Dr I.\_\_\_\_\_, entre autres dans ses rapports du 16 janvier 2012, du 9 février 2012 et du 10 mai 2012 (voir *supra*, let. B.b, B.d). Enfin, les Drs JK.\_\_\_\_\_ et LM.\_\_\_\_\_, de la Clinique, retiennent aussi ce diagnostic, en prenant notamment en compte le fait que l'intéressé a subi une rechute en date du 4 septembre 2015 (voir *supra*, let. D.f). Ces derniers retiennent encore une tendinopathie de l'infra-épineux et une omarthrose débutante. S'agissant des avis des médecins SMR, ceux-ci retiennent le même diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (voir l'avis du Dr U.\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2012 ; *supra*, let. B.e), et ne contredisent pas non plus les diagnostics posés à la suite de la rechute survenue en 2015, à savoir ceux d'un amincissement de l'insertion distale du supra-épineux, d'une tendinopathie de l'infra-épineux et d'une omarthrose débutante sans rupture transfixiante (en retenant en revanche que ces affections ne permettent pas de retenir une aggravation durable de l'état de santé du recourant [voir l'avis du 1<sup>er</sup> février 2016 de la Dresse NO.\_\_\_\_\_ ; *supra*, let. D.g]).

**10.2.2** En ce qui concerne les conséquences des atteintes à la santé précitées sur la capacité de travail du recourant, le Tribunal constate comme suit :

Les rapports médicaux concordent s'agissant de l'incapacité totale du recourant d'exercer son activité habituelle (voir l'avis du Dr O. \_\_\_\_\_ daté du 23 décembre 2011 [*supra*, let. B.b] ; les rapports du Dr I. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2012, du 22 mai 2012 [*supra*, let. B.d], ainsi que du 27 mars 2014 [*supra*, let. C.e] ; le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2012 [*supra*, let. B.d] ; le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ daté du 28 février 2013 [*supra*, let. B.f] ; l'avis de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 2 février 2016 [*supra*, let. D.h] ; le rapport des Drs JK. \_\_\_\_\_ et LM. \_\_\_\_\_ du 5 novembre 2015 [*supra*, let. D.f]). Le médecin SMR ne s'écarte pas des pièces médicales précitées et retient, dans son avis du 13 novembre 2012, une incapacité totale dans l'activité habituelle de maçon à compter du 1<sup>er</sup> février 2011 (voir *supra*, let. B.d).

Dans ce contexte le Tribunal doit relever que s'agissant de la date d'incapacité d'exercer l'activité habituelle, dite incapacité aurait dû être retenue à compter du 10 juin 2011, dans la mesure où l'intéressé a continué à exercer son activité habituelle dans les mois ayant suivi son accident (voir en ce sens l'avis de la Dresse NO. \_\_\_\_\_ ; *supra*, let. D.g).

**10.2.3** Les avis des médecins présentent ensuite une certaine cohérence s'agissant de la possibilité, pour le recourant, d'exercer une activité adaptée. Ainsi, le Dr I. \_\_\_\_\_ indique, dans son rapport médical du 10 mai 2012, que son patient n'est pas en mesure d'effectuer une activité requérant de lui qu'il travaille uniquement debout, qu'il marche régulièrement, qu'il travaille avec les bras au-dessus de la tête ou soulève des charges et, enfin, qu'il monte sur des échelles ou des échafaudages (voir *supra*, let. B.d). Dans le même esprit, le Dr S. \_\_\_\_\_ note, dans son rapport d'examen du 31 juillet 2012, qu'une activité adaptée est « envisageable », dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir ne nécessitant pas de manutention de charges dépassant les 5 kg et sans élévation du bras au-dessus de l'horizontale (voir *supra*, let. B.d).

Force est en revanche pour le Tribunal de constater qu'il n'est pas possible d'établir avec certitude à partir de quelle date l'intéressé serait revenu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (contrairement à ce qu'affirme le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin SMR qui retient, en date du 13 novembre 2012, une pleine capacité de travail à compter du 31 juillet 2012 ; voir *supra*, let. B.e). En effet, le Dr U. \_\_\_\_\_ base exclusivement son avis sur le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2012 ; or ce dernier ne fait que mentionner un possible retour à une activité adaptée, sans préciser quand exactement l'intéressé pourrait reprendre une telle activité, et encore moins si ce serait avec une pleine capacité de travail, ou au

contraire une capacité réduite. Il sied de souligner, dans ce contexte, que le seul fait de relever les limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle ne saurait suffire à démontrer la possibilité pour l'intéressé d'effectuer une activité adaptée à 100%. Certes, le Dr V.\_\_\_\_\_ constate, dans son rapport établi le 28 février 2013, un retour à une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles : il convient néanmoins de relever que cet avis médical, en plus de ne pas fixer clairement la date d'une telle reprise, a en outre été établi plus d'une demi-année après le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_. Or dans les sept mois séparant ces deux dates, le recourant se trouvait en phase de rémission lente qui faisait suite à l'opération pratiquée sur lui en date du 8 février 2012 ; le recourant était dès lors au bénéfice d'un traitement de physiothérapie, et présentait un état de santé stationnaire (voir le rapport médical intermédiaire du Dr I.\_\_\_\_\_ daté du 27 novembre 2012 ; *supra*, let. B.b ; *supra*, let. B.c ; voir aussi son rapport du 22 mai 2012, *supra*, let. B.c). Ainsi, s'il n'est pas contesté que l'intéressé était, à cette époque, en mesure d'exercer une activité adaptée (ce que le Dr I.\_\_\_\_\_ confirme par ailleurs dans son avis du 10 mai 2012 [voir *supra*]), aucune pièce ressortant du dossier ne permet en revanche de démontrer que cette capacité dans une activité adaptée était totale avant le moment où a été rédigé le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, soit avant le 28 février 2013. Aucun élément ne permet dès lors de dire, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, pour la période s'étendant du 31 juillet 2012 au 28 février 2013.

Le Tribunal constate en revanche que par la suite, la pleine capacité de travail dans une activité adaptée sera systématiquement retenue par les médecins appelés à se prononcer sur la question (à l'exception notable de la Dresse W.\_\_\_\_\_, qui conditionnera néanmoins son point de vue, exprimé dans son certificat médical du 3 octobre 2014, à l'avis d'un spécialiste confirmant le sien [voir *supra*, let. D.a]).

### 10.3

**10.3.1** Sur le plan psychiatrique, les médecins appelés à se prononcer sur cette question concluent pour la plupart à un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (voir le rapport médical du Dr H.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2011 [*supra*, let. B.b], les rapports d'expertises de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2011 [*supra*, let. B.b] ainsi que du Dr Q.\_\_\_\_\_ et de Madame R.\_\_\_\_\_ du 21 juin 2012 [*supra*, let. B.d]). Ce diagnostic est repris par le Dr U.\_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 13

novembre 2012 (voir *supra*, let. B.e). Le Dr H. \_\_\_\_\_ relève en outre, en date du 11 novembre 2011, que s'ajoutent à ce diagnostic de l'anorexie, de l'asthénie et des insomnies (voir *supra*, let. B.b). En ce qui concerne le diagnostic de schizophrénie retenu par le Dr I. \_\_\_\_\_ (voir *supra*, let. B.b), celui-ci paraît pour le moins hasardeux, dans la mesure où le Dr I. \_\_\_\_\_, qui n'est par ailleurs pas psychiatre ou psychologue, mais chirurgien orthopédique, ne justifie pas ce diagnostic et ne fait au contraire que de le mentionner dans le cadre de ses rapports du 9 février 2012 et du 24 mars 2014 (voir *supra*, let. B.b ; C.e). Dans la mesure où ce dernier diagnostic n'est pas justifié par le Dr I. \_\_\_\_\_, et qu'il n'est pas confirmé, ni même mentionné dans un autre document médical ressortant du dossier, le Tribunal peut s'en écarter (voir en ce sens l'avis de la Dresse NO. \_\_\_\_\_ [*supra*, let. D.g]).

S'agissant de la Dresse FG. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, celle-ci relève, dans le rapport psychiatrique du 27 octobre 2015, que l'intéressé présentait, au début de son séjour passé à la CCR, des éléments anxio-dépressifs sur un fond de personnalité narcissique (voir *supra*, let. D.f). Elle note en revanche comme suit : « *au cours du séjour, nous avons assisté à des moments de désorganisation quasi psychotiques, et un désarroi d'apparence authentique. Ce tableau clinique me fait évoquer un trouble de type personnalité schizotypique, caractéristique constitutionnelle antérieure à sa chute. Des mouvements anxio-dépressifs et de désorganisation semblent plus manifestes depuis ses ennuis de santé, et sont, dans les situations de surcharge, susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles au travail* ». Le Tribunal constate dès lors que ce rapport psychiatrique, établi sur la base de plusieurs entretiens effectués avec l'intéressé - et satisfaisant par ailleurs aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante (voir *supra*, consid. 8) - est susceptible de remettre en cause le tableau clinique retenu par l'autorité inférieure, en ce qui a trait à la nature et à la gravité des atteintes psychiques qui pourraient affecter le recourant.

**10.3.2** Les premiers avis psychiatriques, sur lesquels l'autorité inférieure s'est basée pour rendre sa décision, s'accordent à dire que la capacité de travail du recourant est conditionnée à sa santé sur le plan somatique, y compris dans l'activité habituelle, et retiennent une pleine capacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> juin 2012 environ (voir les rapports d'expertises de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2011 [*supra*, let. B.b] ainsi que du Dr Q. \_\_\_\_\_ et de Madame R. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2012 [*supra*, let. B.d]) ; il est en outre retenu que des précautions doivent être prises sur le lieu de travail (notamment en changeant l'intéressé d'équipe, dans la mesure où

l'intéressé s'y sent harcelé ; voir le certificat du Dr H. \_\_\_\_\_ daté du 2 février 2012 [*supra*, let. B.b]).

Tel n'est en revanche pas le cas du rapport de la Dresse FG. \_\_\_\_\_, daté du 27 octobre 2015. En effet, et bien que dans son avis SMR du 1<sup>er</sup> février 2016, la Dresse NO. \_\_\_\_\_ considère que les médecins de la Clinique ont confirmé l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, le Tribunal constate pourtant que la Dresse FG. \_\_\_\_\_ retient, dans son rapport, un tableau psychiatrique plus complexe que les seuls affections retenues par les autres médecins (allant jusqu'à évoquer la présence d'un trouble de type personnalité schizotypique [voir *supra*, consid. 10.2]). Elle estime en ce sens que ces affections psychiatriques sont susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles en cas de surcharge au travail. Dès lors, et contrairement à ce que retient la Dresse NO. \_\_\_\_\_ dans son avis du 1<sup>er</sup> février 2016, les médecins de la Clinique n'ont pas écarté la possibilité que l'intéressé puisse encore, à cette date, présenter des limitations fonctionnelles sur le plan psychique.

Ainsi, l'avis de la Dresse FG. \_\_\_\_\_ est susceptible de remettre en cause les précédents avis psychiatriques sur lesquels s'est basée l'autorité inférieure, s'agissant de la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée.

## 11.

Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler que le rapport du service médical de l'Office compétent en matière d'assurance-invalidité doit contenir les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Le rôle du service médical est ainsi de résumer et de porter une appréciation sur les conclusions déjà existantes et la situation médicale de la personne concernée, ce qui implique aussi de dire sur quelle pièce médicale il y a lieu de se fonder ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, le rapport du service médical de l'Office ne constituant pas un examen médical sur la personne concernée. Ce rapport ne doit pas ainsi poser de nouvelles conclusions médicales (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Le Tribunal considère en conséquence qu'au vu des pièces à leur disposition, les médecins SMR, à défaut d'avoir initialement procédé à une instruction supplémentaire avant d'établir leur avis du 13 novembre 2012, auraient au moins dû par la suite conseiller encore un complément d'instruction, avant de soutenir que les

nouveaux documents versés au dossier n'étaient pas susceptibles de changer l'appréciation faite par le SMR à cette date (voir *supra*, let. B.e).

## 12.

**12.1** Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, à compter de quelle date l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique, d'une part, et de répondre, d'autre part, aux questions de savoir quelles affections peuvent ou non être retenues sur le plan psychiatrique, quelles limitations fonctionnelles pourraient en découler le cas échéant, et si, enfin, lesdites limitations seraient susceptibles de modifier le taux d'invalidité retenu s'agissant de la capacité d'exercer une activité adaptée. L'autorité inférieure ne pouvait donc, en se basant sur les pièces médicales au dossier et sur les appréciations de son service médical, conclure à un retour à une pleine capacité de travail à compter du 31 juillet 2012 (voir *supra*, consid. 8).

**12.2** Le renvoi est ainsi indiqué en l'espèce en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (voir art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2]), pour investigations complémentaires et nouvelle décision. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (voir ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente à compter du 1<sup>er</sup> juin 2012, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé et de son évolution depuis le début de l'atteinte à la santé, en particulier à compter du 1<sup>er</sup> juin 2012 (voir art. 43 al. 1 LPGa, *supra* consid. 7). Elle sollicitera une nouvelle expertise médicale interdisciplinaire comprenant en tout cas les volets de psychiatrie,

rhumatologie et médecine interne auprès d'un autre MEDAS en Suisse qui se prononcera sur toutes les questions pertinentes du cas d'espèce, notamment sur l'évolution dans le temps des atteintes à la santé et leurs incidences sur la capacité de travail. Il sied de préciser que la coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité ; les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'examens effectués selon le principe d'économicité (voir ATF 139 V 349 consid. 3.3). Dans le cadre de l'établissement de cette expertise, qui devra se conformer aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-avant (voir *supra*, consid. 8), le recourant disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210.

**12.3** Dès lors, et dans la mesure où le recourant a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir *supra*, let. F), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 10 septembre 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

### **13.**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), 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.

Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de CHF 400.- versée par le recourant au cours de la procédure lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal.

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. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par les mandataires successifs du recourant, il convient d'allouer

à ce dernier une indemnité de dépens de CHF 2800.-, à la charge de l'autorité inférieure.

(dispositif : page suivante)

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

**1.**

Le recours est partiellement admis, en ce sens que la décision du 10 septembre 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 400.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal.

**3.**

Une indemnité de dépens de CHF 2'800.- est allouée au recourant, à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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 du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :