



---

Cour III  
C-6051/2016

## Arrêt du 28 novembre 2018

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Beat Weber, David Weiss, juges,  
Marion Capolei, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Portugal),  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente (décision du 28 juillet 2016).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressé, le recourant ou l'assuré), né le (...) 1962, est ressortissant portugais domicilié actuellement au Portugal, marié depuis le (...) 1990 à B. \_\_\_\_\_ et père de deux enfants nés en 1992 et 1998 (AI pces 4 ; 5 ; 6). D'après le formulaire E 205 (CH), il a cotisé en Suisse de manière non continue de novembre 1982 à décembre 2000 pour une période de 211 mois (AI pce 24 p. 2). Au Portugal, il a cotisé de manière non continue d'octobre 1978 à février 2014 (AI pce 7 p. 2). En dernier lieu, il a été employé du 19 novembre 2004 au 30 avril 2015 en tant que chauffeur de poids lourds auprès de la société C. \_\_\_\_\_ S.A. à raison de 8 heures par jour et 40 heures par semaine. Son dernier jour effectif de travail a été le 10 août 2012 (AI pce 28 p. 1, 3).

**B.**

**B.a** En raison notamment de troubles situés au niveau des épaules, de la colonne vertébrale et de l'iléon, l'intéressé a présenté en date du 3 février 2014 une première demande de prestations d'invalidité auprès du Centro Ff. \_\_\_\_\_ portugais, qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure ; AI pces 1 ; 6 p. 7).

**B.b** Sur la base des documents médicaux versés au dossier (AI pces 8 à 18 ; 28 p. 23 ss ; 30 à 118), le service médical de l'OAIE, soit pour lui le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale (selon le registre des professions médicales consulté la dernière fois le 24 juillet 2018 sur [https://www.E.\\_\\_\\_\\_\\_.ch](https://www.E._____.ch)), a retenu dans sa prise de position datée du 29 août 2015 les diagnostics principaux suivants : péri-arthropathie des épaules sur altérations dégénératives avec lésions de la coiffe des rotateurs (CIM-10 M75.1) ; status après acromioplastie et bursectomie de l'épaule droite le 19 février 2013 ; syndrome cervico- et lombo-spondylogène sur altérations dégénératives (CIM-10 M47.8). Puis, il a mentionné les diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail suivants : status après ablation partielle de la prostate en raison d'une hyperplasie le 10 décembre 2013 ; incontinence urinaire légère ; maladie de Crohn. En outre, il a évoqué comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail un goitre (AI pce 121 p. 3). Dans l'activité habituelle, il a estimé l'incapacité de travail à 100% dès le 29 août 2012. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité pouvant être exercée à l'abri du froid et de l'humidité, excluant les travaux lourds,

le port de charges de plus de 5 kg, le mouvement répétitif des épaules, l'activité avec les bras au-dessus du niveau des épaules, la posture debout prolongée et tenant compte d'une résistance au stress diminuée, il a retenu une incapacité de travail de 20% dès le 29 août 2012. En outre, ce médecin a établi une liste d'exemples non exhaustifs d'activités de substitution exigibles de l'intéressé, notamment des activités dans les services collectifs et personnels (p. ex. surveillant de parking/musée), dans le commerce en général (p. ex. vente par correspondance), dans le commerce en détail (p. ex. vendeur de billets) et des activités simples, sans qualification spéciale de bureau et administration (p. ex. enregistrement, classement, archivage, accueil/réceptionniste, standardiste/téléphoniste ou saisie de données/scannage ; p. 6).

**B.c** S'appuyant sur la documentation médicale et sur le « questionnaire à l'assuré » ainsi que sur le « questionnaire pour l'employeur » (AI pce 28 p. 1 ss), l'autorité inférieure a retenu dans sa comparaison des revenus du 15 septembre 2015 que l'intéressé subissait du fait de son atteinte à la santé une diminution de sa capacité de gain de 42% dès le 29 août 2012 (AI pce 122).

**B.d** Sur cette base, l'OAIE a rendu un projet de décision le 21 septembre 2015 informant que l'intéressé avait droit à un quart de rente depuis le 29 août 2013, mais que compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations AI en date du 3 février 2014 et au vu de l'article 29 al. 1 LAI, la rente ne pouvait être payée qu'à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 (AI pce 123).

**B.e** Dans le cadre de son opposition du 7 octobre 2015, l'intéressé a invoqué qu'il ne pouvait plus travailler en raison de ses diverses atteintes à la santé qui « sont de plus en plus graves » et a conclu en substance à l'octroi d'une rente entière. A son opposition étaient joints des nouveaux documents médicaux concernant son atteinte intestinale (AI pce 134), un certificat médical du 23 juillet 2013 de la commission Gg.\_\_\_\_\_ attestant un degré d'incapacité globale permanente de 60% (AI pce 131), un calendrier de perfusion de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ de (...) ainsi que des documents médicaux concernant le fils de l'assuré (AI pces 125 à 127).

**B.f** Par décision du 21 janvier 2016, l'OAIE a écarté les arguments soulevés dans le cadre de la procédure d'audition après avoir requis l'avis auprès de son service médical, lequel a confirmé son appréciation précédente (cf. prises de position médicales du 3 novembre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_ [AI pce 136] et du 12 janvier 2016 de la Dre F.\_\_\_\_\_, spé-

cialiste FMH en oncologie et hématologie [AI pce 139]). Ainsi, l'autorité inférieure a confirmé son projet de décision et a octroyé à l'intéressé un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2014 (AI pces 140 ; 145). N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force de chose décidée.

### **C.**

**C.a** En date du 16 mars 2016 (timbre postal), l'intéressé, expliquant que son état de santé avait changé entretemps et se plaignant notamment de maux de tête de plus en plus graves, a présenté une demande de révision auprès de l'OAIE (AI pce 146). A cette occasion, il a informé l'autorité inférieure qu'il lui « donnerai[t] des informations plus tard car [il] devai[t] se soumettre à des CT-scans de la tête et de la colonne cervicale [...] ». Ont été joints à sa demande deux nouveaux documents médicaux, à savoir :

- un rapport médical du service de chirurgie générale de l'hôpital G.\_\_\_\_\_ à (...) du 5 mars 2016, soit pour lui la Dre H.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas indiquée, au sujet d'une thyroïdectomie totale ayant eu lieu le 3 mars 2016, attestant que suite à ladite opération, l'intéressé devait notamment éviter tout effort (AI pce 147 p. 1 ss),
- un rapport médical du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital G.\_\_\_\_\_ à (...) du 5 mars 2016, soit pour lui I.\_\_\_\_\_, dont la formation n'est pas connue, informant que la thyroïdectomie totale sous anesthésie générale s'était bien déroulée et que l'intéressé ne présentait pas de complications post-opératoires (AI pce 147 p. 4 s).

**C.b** Dans sa prise de position médicale du 1<sup>er</sup> mai 2016, le service médical de l'OAIE, soit pour lui le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a estimé que la thyroïdectomie n'engendrait pas d'incapacités de travail supplémentaires que celles d'ores et déjà retenues auparavant et il a indiqué que dès lors que l'opération s'était déroulée sans complications, la capacité de travail préopératoire de l'intéressé devrait être à nouveau rétablie à partir de mi-mai 2016 (AI pce 149).

**C.c** Dans son projet de décision du 20 mai 2016, l'OAIE a retenu que ladite intervention s'était déroulée sans complications, qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs qui justifieraient une augmentation de l'incapacité de travail de longue durée et que dès lors, à partir de mi-mai, une activité lucrative adaptée à son état de santé était de nouveau exigible à 80%. Ainsi, il a confirmé le droit de l'intéressé à un quart de rente (AI pce 150).

**C.d** En l'absence de réaction de l'assuré, l'OAIE a, par décision du 28 juillet 2016, confirmé son droit à un quart de rente. A l'appui de cette décision, l'autorité inférieure a repris les motifs évoqués dans son projet de décision précité (AI pce 151).

**D.**

**D.a** Le 29 août 2016 (timbre postal), l'intéressé a adressé à l'OAIE un courrier sollicitant à nouveau une « révision de [s]a rente AI » dès lors que son « état de santé [s'était] empiré suite à des complications au niveau chronique », invoquant que son « incapacité physique, psychologique et mentale [était] devenue très compliquée » comme attesté par les nouveaux documents médicaux joints à sa lettre, suite à des problèmes intestinaux le contraignant « d'aller aux toilettes environ 6 fois par jour » et notamment en raison de douleurs aux genoux, aux mains, aux épaules, au dos (cervicales) et à la tête. En outre, il a indiqué ne pas comprendre pourquoi son taux d'invalidité s'élevait en Suisse seulement à 42%, alors que pour les médecins portugais ce dernier était de 60% (AI pce 152 = TAF pce 1). Ont été joints audit courrier notamment les nouveaux documents médicaux suivants :

- un rapport d'hospitalisation de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ de (...) service de gastroentérologie et hépatologie, soit pour lui le Dr L.\_\_\_\_\_, établi en octobre 2015 (AI pce 159 p. 1 = annexes à TAF pces 1 ; 4),
- des rapports d'examens de laboratoire de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ de (...) rédigés entre le 23 et le 29 octobre 2015 (AI pce 160 = annexes à TAF pces 1 ; 4),
- un rapport de tomographie crânio-encéphalique et de la colonne cervicale du 11 mai 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin neuroradiologue (AI pce 158 = annexes à TAF pces 1 ; 4),
- un rapport de radiographie de la main droite, du genou droit et des pieds du 9 juin 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin radiologue (AI pce 157 = annexes à TAF pces 1 ; 4),
- un rapport d'échographie des parties molles du genou droit du 27 juin 2016 du Dr O.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue (AI pce 155 = annexes à TAF pces 1 ; 4),

- un rapport de radiographie des épaules ainsi qu'un rapport d'échographie des parties molles des épaules du 12 juillet 2016 du Dr O. \_\_\_\_\_ (AI pce 156 = annexes à TAF pces 1 ; 4),
- une liste de médicaments du 12 août 2016 de la Dre P. \_\_\_\_\_, médecin généraliste (AI pce 154 = annexes à TAF pces 1 ; 4),
- un rapport médical du 17 août 2016 de la Dre P. \_\_\_\_\_ résumant les conclusions de divers examens médicaux attestant chez l'intéressé des atteintes notamment au niveau des épaules, du dos, de l'intestin, des voies respiratoires, de la tête, des mains, des pieds, des genoux, de la prostate, de la glande thyroïde et de son état psychique (AI pce 153 = annexes à TAF pces 1 ; 4).

**D.b** Par courrier du 29 septembre 2016, l'OAIE a transmis ledit courrier de l'intéressé au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) comme objet de sa compétence (annexe à TAF pce 1).

**D.c** Par ordonnance du 7 octobre 2016, le Tribunal a invité l'intéressé à régulariser son recours, à savoir à déposer des conclusions claires et à motiver son recours, dans les 15 jours dès notification de ladite ordonnance, faute de quoi le recours serait déclaré irrecevable (TAF pce 2).

**D.d** Moyennant son courrier du 18 octobre 2016 (date du timbre postal), le recourant a régularisé le recours interjeté le 29 août 2016 et a conclu en substance à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAIE pour complément d'instruction en raison de la détérioration notable de son état de santé physique et psychique. Puis, il a informé le Tribunal qu'il devait être opéré prochainement « à la main en raison d'un syndrome du canal carpien, au genou droit, à l'épaule gauche et peut-être à la colonne cervicale car les douleurs [étaient] de plus en plus intenses » et que « la maladie de Crohn [avait] la particularité de s'attaquer aux articulations », informant que « ces derniers mois, [il devait] aller 8 à 12 fois par jour au w.-c. ». Etaient joints audit courrier des documents (médicaux) déjà connus, plusieurs convocations à des rendez-vous médicaux, un courrier de l'OAIE du 30 octobre 2015 informant que la fille de l'intéressé ne pouvait pas prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité suisse ainsi qu'un rapport psychologique du 12 juillet 2016 de M. Q. \_\_\_\_\_ concernant également la fille de l'intéressé (TAF pce 4).

**D.e** Par pli daté du 27 janvier 2017 (timbre postal), le recourant a fait parvenir au Tribunal notamment un nouveau rapport médical de neurologie du

24 janvier 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue, retenant principalement le diagnostic de céphalées de tension (selon CIM-9 307.8.1) ainsi que plusieurs convocations à divers rendez-vous médicaux (annexes à TAF pces 13 = 21 = 24).

**D.f** Par décision incidente du 7 mars 2017, le TAF a dispensé le recourant du paiement des frais de procédure (TAF pce 15).

**D.g** Par pli daté du 13 avril 2017 (timbre postal), l'intéressé a envoyé à l'OAIE des documents médicaux déjà connus ainsi qu'un rapport médical du 27 mars 2017 du Dr S.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue, faisant état d'une opération de la main droite en raison d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral qui s'était déroulée sans complications (annexe à TAF pce 16). Ces documents ont été transmis par la suite au Tribunal (TAF pce 16).

**D.h** Dans sa prise de position médicale du 18 mai 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté que la nouvelle documentation médicale produite par le recourant n'apportait pas d'éléments permettant d'augmenter son incapacité de travail dans une activité adaptée. Cependant, dit médecin a estimé qu'il manquait des examens rhumatologiques et psychiatriques récents et détaillés, à savoir notamment la description du status clinique et des limitations fonctionnelles de l'intéressé, et a dès lors proposé d'obtenir de tels examens (annexe à TAF pce 19).

**D.i** Se basant sur dite prise de position du service médical de l'OAIE, l'autorité inférieure a conclu dans sa réponse datée du 31 mai 2017 à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique et rhumatologique conformément à l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ (TAF pce 19).

**D.j** A l'appui de sa détermination spontanée du 21 août 2017 (timbre postal ; TAF pce 21), le recourant a maintenu ses conclusions et a informé le Tribunal que son atteinte intestinale s'était entretemps détériorée (« atualmente não saio de casa porque estou a ir a wc 15 a 20 vezes por dia » ; cf. pt. 2), qu'il souffrait de douleurs cervicales qui nécessitaient désormais parfois la prise de morphine (cf. pt. 3), de douleurs articulaires (cf. pt. 6), que certes, ses genoux ne l'empêchaient pas de travailler dans une position assise, mais qu'une telle position de travail n'était pas envisageable en raison de ses douleurs situées au niveau de la colonne vertébrale qui l'empêchaient par ailleurs de dormir plus de 5 heures par nuit (cf. pt. 6).

Etaiant joints à ce courrier plusieurs anciens et nouveaux documents médicaux, notamment une liste de médicaments et de perfusions à partir du 6 octobre 2015, un rapport médical des urgences du 17 novembre 2016 de la Dre T.\_\_\_\_\_ au sujet des cervicalgies de l'intéressé, posant le diagnostic de douleurs articulaires (CIM-9 719.4.0) ainsi qu'un bilan sanguin du 10 juillet 2017, partiellement illisible et validé par les Drs U.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_(annexes à TAF pces 21 = 24 = 29).

**D.k** Par ordonnance du 18 janvier 2018, le Tribunal a informé le recourant qu'il envisageait d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin que celle-ci procède à une instruction complémentaire (notamment à des expertises rhumatologique et psychiatrique en Suisse) et prenne une nouvelle décision conformément à l'art. 61 al. 1 PA, mais que suite à ce renvoi, la question du droit à une rente, et, cas échéant, celle de son taux et de la période d'octroi demeuraient ouvertes, de sorte que l'instruction complémentaire pourrait aboutir aussi bien à une augmentation de la prestation, qu'à la confirmation de la prestation octroyée précédemment (un quart de rente), ou encore à sa suppression, ce qui porterait préjudice au recourant. Dès lors, il a donné au recourant la possibilité de prendre position, et en particulier de retirer son recours (TAF pce 22).

**D.l** Dans sa détermination du 26 janvier 2018 (timbre postal), l'intéressé a confirmé le maintien de son recours (TAF pce 23).

**D.m** Dans son courrier spontané du 23 janvier 2018 (timbre postal), l'intéressé, invoquant une aggravation de son état de santé, notamment une augmentation des douleurs situées au niveau des genoux et des membres inférieurs ainsi que de l'épaule gauche, irradiant dans le coude, ayant pour conséquence des limitations importantes dans la vie de tous les jours, a transmis à l'OAIE plusieurs nouveaux documents médicaux, à savoir notamment un compte-rendu opératoire du service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital G.\_\_\_\_\_ de (...), soit pour lui le Dr W.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue, au sujet d'une ménissectomie partielle du genou droit du 3 janvier 2017, un rapport médical orthopédique du 12 janvier 2018 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin orthopédiste (cf. annexe à TAF pce 29), des listes de traitements du service de gastroentérologie de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ à (...) ainsi que plusieurs convocations à divers rendez-vous médicaux (annexes à TAF pce 24). Ces documents ont été transmis pour compétence au Tribunal (TAF pce 24).

**D.n** Par ordonnance du 9 février 2018, le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 25).

**D.o** Dans son courriel spontané du 19 avril 2018, l'intéressé a transmis à l'OAIE des nouveaux documents médicaux, à savoir notamment un rapport de radiographie de la main droite du 23 mars 2018 du Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin radiologue, ainsi que des résultats d'examens médicaux du 2 avril 2018 du Centro Hospitalar Hh.\_\_\_\_\_. (annexes à TAF pce 26). Ces documents ont été transmis pour compétence au Tribunal (TAF pce 26).

**D.p** Par ordonnance du 14 mai 2018, le Tribunal a transmis une copie des nouvelles pièces aux parties et a rappelé que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 27).

**D.q** Dans son courriel spontané du 13 juillet 2018, adressé à l'OAIE, l'intéressé s'est plaint d'une aggravation de son atteinte intestinale et a transmis des nouveaux documents médicaux, à savoir un rapport médical au sujet des genoux du 7 février 2018 du Dr X.\_\_\_\_\_, un rapport de réhabilitation du 19 juin 2018 de la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, ne pouvant constater aucune amélioration de la gonalgie de l'intéressé, même après trois séries de quinze traitements, un rapport médical des urgences du 9 juillet 2018 de la Dre Aa.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue, diagnostiquant une enthésopathie du genou droit (CIM-9 726.6.0), une liste de traitements du service de gastroentérologie de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ de (...) ainsi qu'une entérographie par résonance magnétique du 10 juillet 2018 de la Dre Bb.\_\_\_\_\_, médecin radiologue, attestant que la maladie de Crohn de l'iléon distal était toujours active et inflammatoire mais sans autres complications et que les atteintes décrites étaient superposables à celles constatées en 2015 (annexes à TAF pce 29 ; cf. AI pce 134). Ces documents ont été transmis pour compétence au Tribunal (TAF pce 29).

**D.r** Par ordonnance du 26 juillet 2018, le Tribunal a transmis une copie des nouvelles pièces aux parties et a rappelé que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 30).

**D.s** A l'appui de son courriel spontané du 31 juillet 2018 adressé à l'OAIE, l'intéressé a produit deux nouvelles convocations à des rendez-vous médicaux (TAF pce 31). Ces documents ont été transmis pour compétence au Tribunal (TAF pce 31).

**D.t** Par ordonnance du 17 août 2018, le Tribunal a transmis une copie des nouvelles pièces aux parties et a rappelé que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 32).

**D.u** Dans son courriel spontané du 4 octobre 2018, adressé à l'OAIE, l'intéressé s'est plaint de douleurs au genou droit et a informé l'autorité inférieure qu'il devra se soumettre prochainement à une chirurgie intestinale dès lors qu'il ne répondait pas au traitement biologique. Était joint audit courriel un nouveau rapport médical du 2 octobre 2018 du Dr Cc. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, au sujet de l'atteinte située au niveau du genou droit proposant de procéder à des infiltrations d'acide hyaluronique et éventuellement à un traitement par injection de plasma riche en plaquettes (annexe à TAF pce 35). Ces documents ont été transmis pour compétence au Tribunal (TAF pce 35).

**D.v** Par ordonnance du 15 octobre 2018, le Tribunal a transmis une copie des nouvelles pièces aux parties et a rappelé que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 36).

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement.

Conformément à 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. En application de 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 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

**1.4** En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 29 août 2016 est recevable quant à la forme.

## **2.**

**2.1** Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant portugais, vivant au Portugal – Etat membre de l'Union européenne (UE) – a été assuré en Suisse de novembre 1982 à décembre 2000 (AI pce 24 p. 2). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le 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 que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, 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.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF 8C\_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C\_54/2012 du 2 avril 2012).

**2.2** 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 TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

**2.3** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 21 janvier 2016, date de la première décision (cf. Al pces 140 ; 145), et le 28 juillet 2016, date de la décision attaquée (cf. Al pce 151), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

**3.**

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit le 28 juillet 2016. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

**4.**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>ème</sup> éd. 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUENBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>ème</sup> éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

**5.**

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

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

entière s'il est invalide à 70% au moins. En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 2.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 ; art. 4 et 7 du règlement [CE] n° 883/04).

## **6.**

**6.1** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 547 ss n° 2060 ss).

**6.2** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur 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 les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir ég. 140 V 193 consid. 3.2).

## 7.

**7.1** Selon l'art. 17 al. 1 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1, I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 ; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; VALTERIO, op. cit., p. 830 ss n° 3054 ss, p. 833 n° 3065).

**7.2** Aux termes de l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit alors commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; arrêt du TF 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2). L'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du TF 9C\_57/2016 du 29 juin 2016 consid. 2.2).

**7.3** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 ; VALTERIO, op. cit., p. 832 s n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141

V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

**7.4** La constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence – en l'occurrence à tirer des rapports médicaux – d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure seulement où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial de prestations (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt en général par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente (cf. arrêt du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

**7.5** Selon l'art. 88a al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...), ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

**7.6** L'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée et, s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (cf. art. 88<sup>bis</sup> al. 1 let. a et c RAI).

## **8.**

**8.1** Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin

(MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3<sup>ème</sup> éd. 2011, p. 255 ; cf. ég. l'art. 69 RAI). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23 ; 114 la 114 consid. ch).

**8.2** 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. VALTERIO, op. cit. p. 797 n° 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 V 286 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

**8.3** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

**8.3.1** Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

**8.3.2** S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**8.3.3** Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même à un médecin non traitant consulté par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

**8.4** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible, la vraisemblance

prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 121 V 45 consid. 2a).

## **9.**

**9.1** Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 28 juillet 2016 (cf. AI pce 151), à maintenir le droit à un quart de rente d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1<sup>er</sup> août 2014 (cf. décision du 21 janvier 2016 ; AI pces 140 ; 145) au motif qu'une activité adaptée à son état de santé restait exigible à 80%.

**9.2** En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit de l'intéressé à une rente, est celle du 21 janvier 2016, rendue par l'OAIE au terme de l'examen de la première demande de prestations et mettant l'intéressé au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 (cf. AI pces 140 ; 145). C'est donc l'état de fait existant au moment de cette décision du 21 janvier 2016 qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision querellée du 28 juillet 2016 (cf. AI pce 151).

**9.3** Dans le cadre de la première demande de prestations AI, la décision du 21 janvier 2016 était principalement fondée sur l'avis du service médical de l'autorité inférieure, soit pour lui le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oncologie et hématologie.

**9.3.1** Leurs prises de position médicales datées des 29 août 2015, 3 novembre 2015 et 12 janvier 2016 (cf. AI pces 121 ; 136 ; 139) sont basées sur divers avis médicaux établis par des médecins portugais (cf. AI pces 8 à 18 ; 28 p. 23 ss ; 30 à 118 ; 131 ; 134) et ont été rendues sur la base d'un seul examen du dossier. Les médecins du service médical de l'OAIE ont retenu les diagnostics principaux de péri-arthropathie des épaules sur altérations dégénératives avec lésions de la coiffe des rotateurs (CIM-10 M75.1) ; status après acromioplastie et bursectomie de l'épaule droite le 19 février 2013 ; syndrome cervico- et lombo-spondylogène sur altérations dégénératives (CIM-10 M47.8). Puis, ils ont mentionné les diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail suivants : status après ablation partielle de la prostate en raison d'une hyperplasie le 10 décembre 2013 ; incontinence urinaire légère ; maladie de Crohn. En outre,

ils ont évoqué comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail un goitre.

**9.3.2** A l'époque de la première demande de prestations AI, il a été également fait état de poly-arthralgies intenses, principalement situées au niveau de la colonne vertébrale, des épaules et des membres inférieurs (cf. rapport médical E 213 [P] du 15 avril 2015 du Dr Dd.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue ; AI pce 8, p. 2 s n<sup>os</sup> 3.2, 4.8.1 ss).

Puis, plusieurs médecins traitants ont attesté chez l'intéressé une spondylarthropathie avec des rachialgies dans le contexte de la maladie de Crohn (cf. rapports médicaux des 16 janvier 2014 et 24 mars 2014 de la Dre li.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation [AI pces 15 ; 41], ainsi que le rapport médical du 6 août 2015 de la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste [AI pce 108]), respectivement une maladie de Crohn avec arthrite (cf. rapport médical E 213 [P] du 15 avril 2015 du Dr Dd.\_\_\_\_\_; AI pce 8), alors que le Dr Ee.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a retenu en date du 28 janvier 2015 que, compte tenu de la clinique et des examens complémentaires présentés, une spondylarthrite associée à une maladie inflammatoire chronique intestinale pouvait être exclue, recommandant à l'intéressé de suivre un traitement pour soulager les douleurs de nature mécanique (cf. AI pce 48). Le service médical de l'OAIE s'est rallié à l'avis dudit rhumatologue en ce sens qu'une maladie inflammatoire chronique (spondylarthrite) liée à la maladie de Crohn avait été exclue comme cause des douleurs ostéo-articulaires (cf. AI pce 121 p. 2).

En outre, le médecin traitant de l'intéressé, la Dre P.\_\_\_\_\_, notait, dans un rapport médical du 6 août 2015, que l'intéressé avait développé depuis quelques mois une dépression réactive associée à une anxiété généralisée nécessitant un traitement antidépresseur régulier (cf. AI pce 108). A ce propos, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que ledit trouble ne constituait à ce moment-là pas une entrave majeure et ne l'a, par conséquent, pas retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé (cf. AI pce 121 p. 4).

**9.3.3** S'agissant des conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'intéressé, les médecins du service médical de l'autorité inférieure ont relevé qu'il fallait éviter des travaux lourds, le port de charges de plus de 5 kg, le mouvement répétitif des épaules, une activité avec les bras au-dessus du niveau des épaules, une posture debout prolongée, l'exposition au froid ou à l'humidité et qu'il fallait tenir compte d'une résistance au

stress diminuée. Ils ont conclu sur cette base à une incapacité de travail de 100% dans la dernière activité habituelle dès le 29 août 2012 et à une incapacité de travail de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès la même date.

**9.4** Si, dans le cadre de la demande de révision présentée par l'assuré en date du 16 mars 2016, l'autorité inférieure et son service médical ont considéré que les documents médicaux produits par le recourant n'apportaient pas d'éléments nouveaux justifiant une incapacité de travail supplémentaire que celle d'ores et déjà retenue auparavant (cf. AI pces 149 ; 150), tant l'autorité que son service médical ont revu leur position dans un second temps, suite à la production, en procédure de recours, de nouveaux rapports médicaux (cf. TAF pce 19 ; annexe à TAF pce 19).

**9.4.1** Ainsi, dans son avis médical du 18 mai 2017 (annexe à TAF pce 19), le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé que même si la nouvelle documentation médicale produite par le recourant dans le cadre du recours ne permettait pas d'augmenter son incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à ce moment-là, le dossier médical de ce dernier était lacunaire, en ce sens qu'il manquait des examens rhumatologiques et psychiatriques récents et détaillés, à savoir notamment une description du status clinique et des limitations fonctionnelles, et a dès lors recommandé de solliciter de tels examens.

Dans sa réponse du 31 mai 2017, l'OAIE, suivant l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, a proposé l'admission du recours et le renvoi du dossier à son Office pour complément d'instruction.

**9.4.2** Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ et des conclusions de l'autorité inférieure, pour les raisons suivantes.

**9.4.3** S'agissant des nouveaux documents médicaux envoyés par l'intéressé à l'appui de sa demande de révision en date du 16 mars 2016 à l'OAIE (cf. AI pces 146 ; 147), qui font état d'une thyroïdectomie totale sous anesthésie générale ayant eu lieu le 3 mars 2016, le Tribunal se rallie à l'avis du 1<sup>er</sup> mai 2016 du service médical de l'autorité inférieure, soit pour lui le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, retenant que cette opération ne justifiait pas d'incapacités de travail supplémentaires durant plus de trois mois que celles retenues dans le cadre de la première décision de l'OAIE du 21 janvier 2016. En effet, d'une part, l'atteinte située au niveau de la glande thyroïde, à savoir un goitre thyroïdien

multi-nodulaire, était déjà documentée lors de la première demande de prestations AI et qualifiée de diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé (cf. AI pces 109 ; 39 ; 40 ; 108 ; 121). Par ailleurs, déjà à l'époque, l'oncologue du service médical de l'autorité inférieure avait expressément retenu qu'en l'absence de complications durables, une éventuelle thyroïdectomie future n'occasionnerait pas d'incapacités de travail durables (cf. prise de position médicale du 12 janvier 2016 de la Dre F. \_\_\_\_\_ ; AI pce 139). D'autre part, les nouveaux documents produits à l'appui de la demande de révision attestent que la thyroïdectomie totale s'était déroulée sans complications opératoires et post-opératoires. De plus, aucune incapacité de travail n'a été retenue par les médecins suite à cette intervention et aucun document médical produit ultérieurement par l'intéressé ne fait état d'une aggravation de cette atteinte jusqu'au moment de la décision litigieuse (cf. AI pce 153).

**9.4.4** En procédure de recours, le recourant a produit différents nouveaux documents médicaux (cf. AI pces 153 à 159 ; annexes à TAF pce 1 ; 4 ; 6 ; 13 ; 16 ; 21 ; 24 ; 26 ; 29 ; 31). Du point de vue somatique, il a fait valoir que son état de santé s'était encore aggravé « suite à des complications au niveau chronique », invoquant que son « incapacité physique, psychologique et mentale est devenue très compliquée », en raison notamment de problèmes intestinaux, de douleurs aux genoux, aux mains, aux épaules, au dos (cervicales) et à la tête (cf. TAF pce 1).

**9.4.4.1** En premier lieu, le Tribunal constate que certains des nouveaux documents envoyés au stade du recours, à savoir notamment un rapport d'hospitalisation du service de gastroentérologie et hépatologie de l'hôpital K. \_\_\_\_\_ de (...), soit pour lui le Dr L. \_\_\_\_\_, établi en octobre 2015 (cf. AI pce 159 p. 1 = annexes à TAF pces 1 ; 4) et les rapports d'examens de laboratoire de l'hôpital K. \_\_\_\_\_ de (...) rédigés entre le 23 et le 29 octobre 2015 (cf. AI pce 160 = annexes à TAF pces 1 ; 4) sont antérieurs à la première décision entrée en force (21 janvier 2016), de sorte que ces états de faits ne doivent pas être pris en considération au stade de la présente demande de révision de la rente d'invalidité (cf. consid. 3). Ainsi, dans la mesure où le recourant se rapporte à des documents médicaux antérieurs à la décision de l'OAIE du 21 janvier 2016, le recours est irrecevable (cf. consid. 7.1 ss ; 9.2).

**9.4.4.2** En deuxième lieu, le Tribunal tiendra compte des nouveaux rapports médicaux établis entre la période après première décision du 21 janvier 2016 et la décision litigieuse du 28 juillet 2016 (cf. AI pces 154 à 158 ; consid. 3) ainsi que d'un rapport médical rédigé par la Dre P. \_\_\_\_\_ peu

de temps après la décision querellée, à savoir le 17 août 2016, dès lors que ledit document résume les conclusions de divers examens médicaux effectués avant la décision litigieuse et qu'il se réfère pour le reste essentiellement à des atteintes durables à la santé ayant débutées avant la décision querellée (cf. Al pce 153 ; consid. 3).

**9.4.4.3** A la lecture de ces nouveaux documents et en accord avec le médecin du service médical de l'autorité inférieure (cf. Al pces 153 à 158 ; annexe à TAF pce 19), il appert que le recourant souffre en sus des troubles d'ores et déjà présents lors de la première demande de prestations (à savoir des altérations dégénératives des épaules, des altérations dégénératives de la colonne cervicale et lombaire ainsi que des atteintes situées aux niveaux de la prostate, de l'intestin et de la glande thyroïde ; cf. Al pces 8 à 18 ; 28 p. 23 ss ; 30 à 118 ; 121 ; 128 à 134 ; 139 ; 147 cf. également consid. 9.4.3) de nouvelles atteintes situées notamment au niveau du genou droit, des mains, de la tête ainsi que des voies respiratoires.

**9.4.4.4** En effet, le Dr O. \_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue, a diagnostiqué dans son rapport d'échographie des parties molles du genou droit du 27 juin 2016 (cf. Al pce 155 = annexes à TAF pces 1 ; 4) une enthésopathie inflammatoire de l'insertion inférieure du tendon quadricipital et du tendon rotulien, une bursite retro-quadricipitale, des protrusions des corps postérieurs latéraux et médians des ménisques avec compression extrinsèque des collatéraux et des kystes de Baker. Des signes d'enthésopathie du système extenseur ont également été observés à l'occasion d'une radiographie du genou droit effectuée par le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin radiologue, en date du 9 juin 2016 (cf. Al pce 157 = annexes à TAF pces 1 ; 4).

Puis, il appert que l'intéressé s'est plaint à plusieurs reprises de douleurs aux mains, respectivement que ses mains s'endormaient quand il écrivait (cf. notamment Al pces 146 p. 1 ; 153). En date du 9 juin 2016, se basant sur une radiographie de la main droite, le Dr N. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rhizarthrose et une arthrose digitale inter-phalangienne distale, principalement de l'index et du majeur (cf. Al pce 157 = annexes à TAF pces 1 ; 4). En outre, la Dre P. \_\_\_\_\_ a expliqué dans son rapport médical du 17 août 2016 que l'intéressé était en train d'attendre la consultation et la chirurgie d'un spécialiste en orthopédie en raison d'un probable syndrome du tunnel carpien et de doigts à ressaut (cf. Al pce 153).

Dans sa demande de révision du 16 mars 2016 (AI pce 146) le recourant s'est également plaint de « douleurs de tête de plus en plus graves ». A ce sujet, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin neuroradiologue, a, dans son rapport de tomographie crânio-encéphalique du 11 mai 2016, diagnostiqué une légère sinusite ethmoïdale (cf. AI pce 158 = annexes à TAF pces 1 ; 4). La Dre P. \_\_\_\_\_ a fait état le 17 août 2016 d'une aggravation de céphalées présentes depuis plus de dix ans, dues à un accident de la route, « aggravées également par une pathologie de la colonne cervicale » (cf. AI pce 153 p. 2).

Finalement, la Dre P. \_\_\_\_\_ a attesté qu'il avait souffert d'infections respiratoires plus fréquentes, qui ont conduit à son hospitalisation (cf. AI pce 153 p. 2).

**9.4.4.5** Le Tribunal constate que les nouvelles atteintes pouvant potentiellement avoir une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée dès lors qu'il manque des examens décrivant son status clinique et les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes (en particulier les conséquences des atteintes des mains sur l'exercice de travaux manuels). Au demeurant, il manque notamment les rapports d'hospitalisation faisant état des infections respiratoires et le rapport de rhumatologie, attestant que le diagnostic d'une spondylarthropathie avec des rachialgies dans un contexte de la maladie de Crohn avait été exclu, auxquels la Dre P. \_\_\_\_\_ se réfère dans sa prise de position du 17 août 2016 (cf. AI pce 153). Quand bien même les nouveaux rapports produits par l'intéressé dans le cadre du recours jouissent d'une valeur probante limitée compte tenu de leur degré de motivation et leur précision eu égard à la jurisprudence précitée, il faut considérer qu'il subsiste des doutes quant à l'état de santé somatique du recourant au moment de la décision litigieuse et que les médecins ne se sont pas prononcés de façon suffisante quant à son aggravation éventuelle depuis la première décision de l'OAIE.

**9.4.4.6** En dernier lieu, en ce qui concerne les nouveaux documents médicaux datant d'après la décision litigieuse (cf. annexes à TAF pce 1 ; 4 ; 13 ; 16 ; 21 ; 24 ; 26), qui ne permettent pas une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée, et compte tenu de la limitation du pouvoir d'examen de ce Tribunal (cf. consid. 3), ces faits ne sont pas pris en considération dans le cadre de la présente procédure.

**9.4.5** Du point de vue psychiatrique, le recourant se plaint dans le cadre du recours à plusieurs reprises d'une détérioration notable de son état de

santé psychique et a produit un rapport médical succinct établi en date du 17 août 2016 par la Dre P. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 153 = annexe à TAF pce 1), évoquant que l'intéressé avait développé depuis quelques mois une dépression réactive associée à une anxiété généralisée nécessitant un traitement antidépresseur (Mirtazapine) journalier. Le Tribunal constate que ce rapport médical a été établi après la décision querellée (28 juillet 2016). Toutefois, dès lors que cette atteinte psychiatrique avait d'ores et déjà été évoquée par le même médecin le 6 août 2015 (cf. AI pce 108), qu'il est fait état d'une atteinte psychiatrique qui durait depuis plusieurs mois et que le rapport médical du 17 août 2016 permet ainsi une meilleure compréhension de l'état de santé psychique du recourant antérieur à la décision attaquée, ces éléments de fait doivent être pris en considération. Le Tribunal de céans constate qu'aucun médecin traitant ne s'est prononcé au sujet d'une éventuelle incapacité de travail engendrée par l'atteinte psychiatrique et que ledit rapport médical du 17 août 2016 n'a pas été soumis par l'autorité inférieure à son psychiatre pour prise de position.

**9.4.5.1** Suite au récent changement de la jurisprudence du Tribunal fédéral, toutes les affections psychiatriques doivent, en règle générale, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 s). Cette jurisprudence est applicable à tous les cas pendants au moment du changement de pratique et dès lors également au cas d'espèce (cf. arrêt du TF 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1).

**9.4.5.2** En l'occurrence, les indicateurs standards n'ont pas été analysés par l'administration. Or, le Tribunal relève qu'en l'état actuel, un tel examen n'est pas possible dès lors que la documentation psychiatrique se trouvant au dossier est trop succincte et de ce fait, elle ne permet pas d'évaluer précisément la capacité de travail et la capacité fonctionnelle du recourant dans la période après la première décision de l'OAIE du 21 janvier 2016. Il s'ensuit que le Tribunal ne peut pas évaluer s'il y a eu un changement de l'état de santé psychique eu égard à la nouvelle jurisprudence.

**9.5** Il convient par conséquent, ainsi qu'en concluent tant le recourant que l'autorité inférieure, d'admettre le recours dans la mesure où il est recevable (cf. consid. 9.4.4.1), d'annuler la décision du 28 juillet 2016 et de procéder à un complément d'instruction, en particulier, comme l'a recommandé le service médical de l'autorité inférieure, au niveau psychiatrique

et rhumatologique, par la mise en œuvre d'une expertise médicale. En outre, le Tribunal retient que cette dernière devra être complétée, en raison du syndrome du tunnel carpien ainsi que des céphalées, par une expertise neurologique, et, eu égard aux infections respiratoires récurrentes, par une expertise pneumologique. Au besoin, l'autorité inférieure fera appel à des spécialistes d'autres disciplines médicales.

## **10.**

**10.1** En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou la renvoie exceptionnellement avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En l'occurrence, le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé somatique ainsi que psychique du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. 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). En l'espèce, il ressort du dossier que la question liée à l'état de santé somatique ainsi que psychique du recourant n'a pas été instruite à satisfaction par l'autorité inférieure et mérite un éclaircissement.

**10.2** Pour sa nouvelle décision portant sur la question d'une éventuelle augmentation de la rente d'invalidité de l'intéressé, 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'assuré et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé somatique ainsi que psychique après le 21 janvier 2016 afin de pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGa). Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. consid. 9.4.4.5). Puis, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire en Suisse comprenant une évaluation rhumatologique, neurologique, pneumologique et psychiatrique ainsi que d'autres disciplines si nécessaire, qui devra établir s'il existe une amélioration, une

aggravation ou un statu quo de l'état de santé du recourant après le 21 janvier 2016. L'expertise devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et une activité adaptée (iv) avec une indication sur l'évolution dans le temps de l'état de santé du recourant. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

**10.3** Il sied de préciser que l'expertise qui sera mise en place par l'autorité inférieure devra respecter la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral le 30 novembre 2017 qui modifie sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

## **11.**

**11.1** En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, PA).

**11.2** Le recours étant admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Par décision incidente du 7 mars 2017 (cf. TAF pce 15), le Tribunal avait octroyé au recourant l'assistance judiciaire partielle en ce sens que ce dernier était dispensé du paiement des frais de procédure.

**11.3** Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

(le dispositif se trouve à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est admis, en tant qu'il est recevable, et la décision du 28 juillet 2016 est annulée.

**2.**

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

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Marion Capolei

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :