



---

Cour III  
C-805/2015

## Arrêt du 31 janvier 2019

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Daniel Stufetti, David Weiss, juges,  
Jean-Luc Bettin, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, domicilié en France,  
adresse postale : B. \_\_\_\_\_, (...),  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 7 janvier  
2015).

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

**A.a** A.\_\_\_\_\_, né le 14 décembre 1951, ressortissant suisse, marié à C.\_\_\_\_\_, père de trois enfants nés en 1982, 1985 et 1986 (pce OAIE 1, pp. 7 et 8), a travaillé en Suisse, en qualité de chauffagiste (pce OAIE 4), de 1969 à 1984 et a totalisé 185 mois – soit 15 ans et 5 mois – de cotisations aux assurances sociales suisses (pce OAIE 12).

**A.b** L'intéressé a quitté la Suisse en 1984 (pce OAIE 10). Il s'est établi en Vendée, en France, où il a occupé différents postes, dont celui de mouleur de mobilier urbain en béton (travail lourd consistant à remplir à la main des moules de béton devant ensuite être vidés ; pce OAIE 62) du 5 décembre 2006 jusqu'à ce qu'il devienne physiquement incapable d'assumer son poste, en novembre 2011 (pces OAIE 85).

**A.c** A compter du mois d'octobre 2006, A.\_\_\_\_\_ a également exercé une activité lucrative complémentaire en Suisse, pour le compte d'une association, « D.\_\_\_\_\_ », à Genève. Il a ainsi à nouveau cotisé, et ce, durant 5 ans et 2 mois, jusqu'en décembre 2011. Au total, le prénommé a ainsi cotisé durant 247 mois, soit durant 20 ans et 7 mois (pce OAIE 26 ; voir, également, pce OAIE 85).

**B.**

**B.a** Le 8 février 2012, A.\_\_\_\_\_, par l'entremise de la Caisse de retraite et de santé au travail CARSAT – Pays de Loire, à Nantes, a sollicité une rente de vieillesse (pces OAIE 28 et 34).

**B.b** Par la suite, le prénommé a fait la déclaration manuscrite suivante, datée du 6 juin 2012 : « *Je n'ai pas envie de prendre ma retraite en Suisse à l'âge de (soixante) ans pour cause que je vais avoir un dégrèvement* » (pce OAIE 31, p. 2).

**B.c** Le 28 novembre 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a adressé un courrier à CARSAT – Pays de Loire, dont la teneur était la suivante : « [...], nous avons reçu le E 202 FR[.] [P]ourtant, l'assuré a mentionné par écrit (dans la lettre du 11.05.2012, adressée au Service médical [à] La Roche-sur-Yon) qu'il ne souhait[ait] pas encore déposer de demande de pension de vieillesse en Suisse. [...] » (pce OAIE 32).

**C.**

**C.a** Par courrier du 3 janvier 2013, l'OAIE a accusé réception de la demande de prestations d'invalidité formulée par A.\_\_\_\_\_ (pce OAIE 36).

**C.b** Dans le cadre de l'instruction de cette requête, a notamment été versée en cause la documentation médicale suivante :

- le premier rapport médical détaillé E 213 (pce OAIE 30), daté du 25 avril 2012, signé par la Dresse E.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'a pas été précisée, laquelle a relevé que A.\_\_\_\_\_ avait fait par le passé l'objet d'une amputation d'un doigt, avait souffert de nombreux lombagos ainsi que d'une névralgie cervico-brachiale droite et de cervicalgies et avait été opéré de la coiffe des rotateurs droits en juin 2009 suite à une rupture du sus-épineux droit (pce OAIE 30, p. 2 ; pour plus de détails au sujet de l'opération de juin 2009, voir, notamment, le compte-rendu opératoire du Dr F.\_\_\_\_\_ du 4 juin 2009 [pce OAIE 54] ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation du 3 au 5 juin 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_ [pce OAIE 58]). La praticienne a ensuite fait mention du fait que A.\_\_\_\_\_ avait chuté d'un toit, le 23 avril 2012, provoquant une fracture du bassin, de l'humérus gauche ainsi qu'une fracture articulaire du coude gauche (pour plus de détails à ce propos, voir, notamment, le compte-rendu opératoire du 23 avril 2012 du Dr G.\_\_\_\_\_ [pce OAIE 53]). La Dresse E.\_\_\_\_\_ a souligné que l'intéressé ne pouvait plus exercer, depuis 2009, son ancienne activité de mouleur de mobilier urbain mais qu'une amélioration de son état de santé était envisageable (pce OAIE 30, p. 6) ;
- l'avis, daté du 10 décembre 2013, de la Dresse H.\_\_\_\_\_ (pce OAIE 86), spécialiste en médecine interne, praticienne œuvrant pour le compte du Service médical régional (ci-après : SMR), rendu sur la base des documents des Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ précités, lequel mentionnait, comme diagnostic principal, des séquelles d'un polytraumatisme (T 02.9), comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, une rupture complète du tendon du sus épineux de l'épaule droite, et, comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, une amputation du 2<sup>ème</sup> doigt gauche et une ténosynovite de De Quervain en 2006. La Dresse H.\_\_\_\_\_ en a déduit une incapacité de travail à 100 % dès le 23 avril 2012. Elle ne s'est pas prononcée sur une éventuelle capacité de travail dans une activité

- adaptée et a souligné la nécessité de procéder à une nouvelle évaluation pour connaître les séquelles du traumatisme subi suite à la chute d'un toit dont a été victime A. \_\_\_\_\_ (pce OAIE 86, p. 2) ;
- le second rapport médical détaillé E 213 (pce OAIE 92), daté du 28 février 2014, signé par la Dresse I. \_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'a pas été précisée, laquelle n'a pas posé de diagnostic mais s'est bornée à constater que A. \_\_\_\_\_ avait subi, en juin 2009, une opération suite à une rupture de la coiffe de l'épaule droite et qu'il s'en était suivi une capsulite et des douleurs mécaniques persistantes (pce OAIE 92, p. 8 ; pour plus de détails à ce propos, voir, notamment, le compte-rendu opératoire du Dr F. \_\_\_\_\_ du 4 juin 2009 [pce OAIE 54] ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation du 3 au 5 juin 2009 du Dr F. \_\_\_\_\_ [pce OAIE 58]). La Dresse I. \_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressé ne pouvait plus exercer, depuis 2009, son ancienne activité de mouleur et qu'un travail adapté n'était pas envisageable, si bien que l'invalidité devait être, de son point de vue, considérée comme totale (pce OAIE 92, p. 10) ;
  - le second avis, daté du 30 avril 2014, de la Dresse H. \_\_\_\_\_ (pce OAIE 95), laquelle s'est basée, en sus des pièces déjà versées au dossier à l'occasion de son premier avis, sur le rapport de la Dresse I. \_\_\_\_\_ ci-dessus résumé. L'OAIE n'ayant pas donné suite à sa proposition de nouvelle évaluation, la praticienne a apprécié la situation en ces termes : *« Le document médical fourni n'est pas un document récent. Il concerne la rupture de la coiffe des rotateur(s) de l'épaule droite qui a été opérée en 2009. Il n'est nullement fait mention de l'accident du 23.04.2012, puisque le Dr I. \_\_\_\_\_ indique les consta(ta)tions d'un examen clinique bien antérieur. L'assuré est en invalidité de catégorie 2 depuis 2009 pour la pathologie de la coiffe des rotateurs opérée et une atteinte dégénérative du rachis. Ces pathologies ne définissent selon l'AI que des limitations fonctionnelles. Pour ce qui est des séquelles éventuelles de l'accident de 2012, elles ne peuvent toujours pas être appréciées faute de documentation médicale s'y rapportant. Un rapport médical d'un examen clinique détaillant l'examen de l'appareil locomoteur (...) postérieur à mai 2012 doit être demandé à l'assuré qu'il s'agisse d'un rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin traitant, du Dr G. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, ou de la CPAM (...) »* (pce OAIE 95, p. 2) ;
  - le troisième rapport médical détaillé E 213 (pce OAIE 124, pp. 7 ss), daté du 16 juillet 2014, signé par la Dresse I. \_\_\_\_\_, constatant la

persistance d'un déficit fonctionnel prédominant au membre supérieur gauche et que l'invalidité de l'assuré était, aux yeux de la législation du pays de résidence, totale, sans qu'une amélioration apparaisse possible (pce OAIE 124, pp. 14 et 16).

#### **D.**

Le 26 août 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin généraliste œuvrant pour le compte du Service médical régional (ci-après : SMR), a retenu, comme diagnostic principal, des séquelles de polytraumatisme (T 02.9), comme diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail, une rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après amputation d'un doigt de la main gauche et un status après ténosynovite de De Quervain (en 2006).

Le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 100 % dès le 23 avril 2012. Il a toutefois considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ce, à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2014. Le praticien a souligné que A. \_\_\_\_\_ pouvait travailler, à plein-temps, dans une activité de – par exemple – surveillant de parking, vendeur de billets, coordinateur, employé de bureau avec des activités légères, en respectant les limitations suivantes : position de travail alternée avec 20 à 80 % debout ou assis, port de charges limitées à 15 kilogrammes (à hauteur du bassin) et 5 kilogrammes (à hauteur du thorax), position assise durant au moins 20 % du temps de travail, marche possible à l'exception de terrains escarpés ou accidentés, absence de travaux lourds (pce OAIE 130).

#### **E.**

**E.a** Par projet de décision daté du 15 septembre 2014, l'OAIE a informé A. \_\_\_\_\_ de son intention de rejeter sa requête de prestations d'invalidité du 8 février 2012 (pce OAIE 133).

Dans la motivation de son projet de décision, l'autorité de première instance a relevé que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 100 % à compter du 23 avril 2012. Elle a toutefois considéré que le prénommé était en mesure d'assumer d'autres activités, plus légères et mieux adaptées à son état de santé. Dans une telle activité, il n'existe aucune incapacité de travail, mais une incapacité de gain de 100 % du 23 avril 2012 au 30 novembre 2012, et de 37 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012, taux insuffisant pour prétendre à l'octroi d'une rente.

**E.b** A l'encontre de ce projet, A.\_\_\_\_\_, par l'entremise de sa sœur, B.\_\_\_\_\_, à qui il avait, le 5 juillet 2010, donné procuration (pce OAIE 61), a formulé plusieurs objections, les 19 octobre 2014 (pce OAIE 137) et 26 novembre 2014 (pce OAIE 142).

**E.b.a** Dans son courrier du 19 octobre 2014, l'assuré a indiqué fonder son objection sur deux arguments, à savoir, d'une part, la « *durée de l'incapacité* », et, d'autre part, les problèmes d'audition, diagnostiqués récemment, nécessitant dorénavant un appareillage (pce OAIE 137).

**E.b.b** Par lettre du 26 novembre 2014, A.\_\_\_\_\_ a, par l'entremise de sa sœur, complété ses objections. Il y a mentionné percevoir de son travail au service de l'association « *D.\_\_\_\_\_* », à Genève, un salaire annuel de 2'400 francs depuis le 15 janvier 2013 (*recte* : 2014), salaire en nette baisse par rapport au salaire qu'il percevait auparavant, du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 15 janvier 2014, de 7'500 francs par an. L'assuré s'est ensuite étonné qu'une personne ne pouvant plus se servir du coude gauche, ayant un handicap aux deux bras et dont l'ouïe est diminuée, affection qui s'est de surcroît aggravée, n'ait pas droit à une rente (pce OAIE 142).

En annexe à cette prise de position, l'intéressé a notamment versé en cause un compte-rendu d'observation du Dr L.\_\_\_\_\_, chirurgien, daté du 1<sup>er</sup> septembre 2014 (pce OAIE 141).

## **F.**

**F.a** Le 2 décembre 2014, l'OAIE a requis de son médecin-conseil, le Dr K.\_\_\_\_\_, qu'il prenne position sur les arguments avancés par A.\_\_\_\_\_ dans ses observations (ci-dessus, let. E.b.a et E.b.b) ainsi que sur les documents médicaux produits (pce OAIE 143).

**F.b** Le 29 décembre 2014, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait valoir ses observations. Il a en substance admis que le problème de surdité invoqué était nouveau, qu'il n'était toutefois pas incapacitant mais constituait une limitation fonctionnelle supplémentaire, soit de « *ne pas travailler avec ou à proximité de machines dangereuses car un avertissement sonore risquerait de ne pas être entendu* ». Pour le surplus, il a estimé que les courriers de l'assuré ne contenaient aucun élément médical, mais des indications socio-professionnelles ne relevant pas de sa compétence.

Enfin, s'agissant des répercussions de l'état de santé de A.\_\_\_\_\_ sur sa capacité de travail, le praticien a estimé que ce dernier était, dès le 23 avril

2012, totalement incapable d'exercer son activité habituelle, mais avait conservé, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012, une capacité de travail totale dans une activité adaptée (pce OAIE 144) corrigeant sur ce point son rapport du 26 août 2014 (pce OAIE 130).

### **G.**

Par décision datée du 7 janvier 2015, l'OAIE a rejeté la requête formulée par A. \_\_\_\_\_ en date du 8 février 2013.

L'autorité de première instance a repris les arguments déjà développés dans son projet de décision du 15 septembre 2014. Au surplus, si elle a admis que les problèmes d'ouïe étaient nouveaux, elle les a néanmoins considérés comme n'étant pas incapacitants, mais comme entraînant une limitation fonctionnelle supplémentaire (pce OAIE 145).

### **H.**

**H.a** Par mémoire daté du 9 février 2015 (date du timbre postal ; pce TAF 2), A. \_\_\_\_\_ a interjeté recours, concluant implicitement à l'annulation de la décision de l'OAIE du 7 janvier 2015 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (pce TAF 1).

A l'appui de son recours, le prénommé a rappelé son parcours personnel et professionnel entre la Suisse et la France, a fait mention de sa situation familiale et souligné les soucis de santé l'ayant accablé depuis 2009. Il a en outre indiqué ne pas comprendre le calcul effectué par l'autorité de première instance, aboutissant à « *un pourcentage d'incapacité de 37 %* » (mémoire de recours, ch. 8). Finalement, A. \_\_\_\_\_ a mis en exergue ses efforts, restés vains, afin de reprendre son activité associative.

En annexe à son recours, le prénommé a versé plusieurs documents médicaux en cause, documents figurant toutefois déjà au dossier de l'autorité inférieure (annexes pce TAF 1).

**H.b** Par courrier du 12 février 2015, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) a rendu le recourant attentif au fait qu'il semblait manquer une page de son mémoire de recours et lui a octroyé un délai de quinze jours pour déposer un exemplaire complet dudit mémoire (pce TAF 2).

**H.c** Le 28 février 2015 (date du timbre postal), le recourant a transmis une nouvelle version, complète, de son mémoire de recours, accompagnée de plusieurs photographies (pce TAF 3 et annexes).

**I.**

Invité à prendre position, l'OAIE a déposé une réponse, datée du 1<sup>er</sup> avril 2015, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

L'autorité de première instance a rappelé que son service médical avait constaté et confirmé que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans sa profession de mouleur de mobilier urbain en béton depuis 2009 et qu'à partir de l'accident survenu le 23 avril 2012 (chute d'un toit), A. \_\_\_\_\_ avait également présenté, durant huit mois, une incapacité de travail dans son activité de préparateur de containers et d'éleveur, comme dans toutes autres activités. L'OAIE a toutefois considéré qu'après une période de convalescence, l'intéressé était médicalement en mesure d'exercer une activité adaptée (pce TAF 5).

L'OAIE s'est appuyé sur l'avis médical complémentaire du Dr K. \_\_\_\_\_ du 23 mars 2015 (pce OAIE 157). Après avoir résumé les documents médicaux au dossier et indiqué avoir relu le recours de A. \_\_\_\_\_, le praticien a pris position sur les questions de ce dernier. En particulier, il a souligné que les documents fournis par le recourant dans le cadre de son recours ne mettaient en évidence aucun fait nouveau ni aucune aggravation d'une pathologie existante, confirmant ainsi les prises de position antérieures concernant la capacité de travail et rappelant n'avoir coché que des activités exigibles physiquement très légères. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a en outre relevé disposer de renseignements médicaux « *très complets* » et d'un rapport médical « *de très bonne qualité et parfaitement lisible quoique manuscrit de la part [de la Dresse] I. \_\_\_\_\_ [...]* » (pce OAIE 157, p. 2) précisant que les conclusions à laquelle la prénommée est parvenue obéissaient aux règles françaises qui sont différentes de celles de l'assurance-invalidité suisse. Au surplus, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué estimer qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une expertise.

**J.**

**J.a** Par décision incidente du 10 avril 2015, le Tribunal a sollicité du recourant le paiement d'une avance sur les frais présumés de la procédure. Il lui a en outre transmis la réponse de l'autorité inférieure et invité à déposer une éventuelle réplique (pce TAF 6).

**J.b** Le 4 mai 2015, soit dans le délai imparti à cet effet, A. \_\_\_\_\_ s'est acquitté de l'avance de frais (pce TAF 8).

**J.c** Par ordonnance du 5 juin 2015, le Tribunal a constaté que le recourant ne s'était pas exprimé dans le délai imparti et a clos l'échange d'écritures (pce TAF 9).

**K.**

Faisant suite à une requête du recourant datée du 11 août 2016 (pce TAF 12), le Tribunal lui a transmis, par courrier électronique du 29 août 2016, la pièce n° 127 du dossier de l'autorité inférieure, à savoir le rapport d'expertise E 213 établi par la Dresse I. \_\_\_\_\_ (pce TAF 14).

**Droit :**

**1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 PA, prises par l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal 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. 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** En l'occurrence, la décision litigieuse, datée du 7 janvier 2015, a été notifiée au recourant à une date qu'aucune pièce du dossier ne mentionne. Ce dernier affirme l'avoir reçue le 11 janvier 2015. Il a expédié son mémoire de recours le 9 février 2015 (date du timbre postal ; pce TAF 2). Quoiqu'il en soit, le fardeau de la preuve de la notification d'une décision étant à la charge de l'autorité l'ayant rendue (JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 71 et les références citées), le Tribunal de céans doit, *in casu*, considérer le recours comme ayant été déposé en

temps utile (art. 60 LPGA). En outre, ce dernier a été interjeté dans les formes légales (art. 52 PA), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 59 LPGA), qui s'est de surcroît acquitté de l'avance de frais dans le délai qui lui avait été imparti à cet effet (art. 63 al. 4 PA ; ci-dessus, let. J.b).

Partant, le recours est recevable.

## 2.

**2.1** Le droit matériel applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter – en règle générale – à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et ATF 130 V 445 consid. 1.2).

**2.2** Au niveau du droit international, l'accord entre la Confédération suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP ; RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. 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 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables *in casu* (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 et 8C\_455/2011 du 4 mai 2012). 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 son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

**2.3** Pour ce qui est du droit interne, les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter de cette date jusqu'à la date de la décision contestée.

### **3.**

L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

En l'espèce, le recourant avait déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 8 février 2012 (ci-dessus, let. B.a), si bien que le Tribunal peut se limiter à examiner s'il avait droit à une rente à partir du 1<sup>er</sup> août 2012 (soit six mois après le dépôt de la demande ; art. 29 LPGA et art. 29 al. 2 LAI) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 7 janvier 2015, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1 et ATF 129 V 1 consid. 1.2).

### **4.**

En l'espèce, il s'agit d'examiner le bien-fondé de la décision rendue le 7 janvier 2015 (ci-dessus, let. G), par laquelle l'OAIE a dénié à A. \_\_\_\_\_ le droit à la perception d'une rente d'invalidité. Le prénommé, mettant en exergue ses problèmes de santé et son âge, estime ne plus être en mesure d'assumer un quelconque travail et conteste la capacité résiduelle de travail retenue par l'autorité inférieure (ci-dessus, let. H.a).

L'objet du litige porte par conséquent sur le droit de A. \_\_\_\_\_ à obtenir une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2012 (à savoir à l'échéance du délai d'une année d'incapacité de travail à au moins 40 %, l'incapacité de travail ayant débuté en novembre 2011 ; art. 28 al. 1 let. b LAI) ainsi qu'il le réclame implicitement dans son recours (pce TAF 1).

### **5.**

Selon les normes applicables, 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 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 vingt ans au total (ci-dessus, let. A.a et A.c), si bien qu'il remplit la condition de la durée minimale de cotisations.

Reste dès lors à examiner la question de l'invalidité dans le cas d'espèce.

## **6.**

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée ; elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 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. 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 ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide à 40 % au moins (lettre c).

**6.2** Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, 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. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond par conséquent pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 137 V 20 consid. 2.2 et ATF 110 V 273 consid. 4b).

**6.3** De 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 peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c).

## 7.

**7.1** Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration et, en procédure de recours, le Tribunal constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). L'art. 69 RAI précise à ce propos que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Selon l'art. 59 al. 2 et 2<sup>bis</sup> LAI, les services médicaux régionaux (ci-après : SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches. Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour accomplir leurs tâches, les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

**7.2** Sont déterminants tous les faits décisifs pour l'issue de la cause. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. Les autorités administratives et juridictionnelles sont ainsi tenues d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de rendre un jugement sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 et les références citées). Si elles acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que de nouvelles investigations ne pourraient l'amener à modifier son opinion, elles peuvent renoncer à l'administration d'une preuve (parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1 et 9C\_398/2011 du 23 février 2012 consid. 4.2 ainsi que les références citées).

**7.3** En particulier, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, les autorités administratives et juridictionnelles doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_264/2015 du 12 août 2015 consid. 3.2.3 et 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Avant de conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront 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 que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 140 V 70 consid. 6.1, ATF 137 V 64 consid. 2 et ATF 125 V 351 consid. 3a, ainsi que les références citées).

## **8.**

Dans la partie en fait du présent arrêt ont été répertoriées les principales pièces contenant les avis de plusieurs médecins – français et suisse – au sujet de l'état de santé de A. \_\_\_\_\_ (ci-dessus, let. C.b, D et F.b).

Cette documentation appelle les remarques suivantes.

**8.1** En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin

traitant de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (art. 49 al. 1 et 3 RAI et art. 69 al. 2 RAI). Par ailleurs, selon une pratique constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation des documents médicaux. Comme mentionné précédemment (ci-dessus, consid. 7.1), l'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur des connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou, au moins, le médecin paraphant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (voir, notamment, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3 et les références citées ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5587/2014 du 2 novembre 2014 consid. 6.1).

**8.2** En l'espèce, l'OAIE, pour rendre sa décision du 7 janvier 2015, s'est basé sur les prises de position établies et signées par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin généraliste.

**8.2.1** Dans son premier rapport, daté du 26 août 2014, ce dernier a retenu, comme diagnostic principal, des séquelles de polytraumatisme (T 02.9), comme diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail, une rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après amputation d'un doigt de la main gauche et un status après ténosynovite de De Quervain. Le Dr K. \_\_\_\_\_ en a conclu que A. \_\_\_\_\_ ne pouvait plus effectuer le travail exécuté jusqu'à présent, en qualité de mouleur de mobilier urbain en béton, mais qu'il conservait la possibilité d'accomplir un travail dans une

activité adaptée, à temps plein, notamment comme surveillant de parking, vendeur de billets, coordinateur, employé de bureau avec des activités légères, et ce, à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2014, moyennant le respect de quelques limitations (ci-dessus, let. D *in fine* ; pce OAIE 130).

**8.2.2** Dans un second rapport, daté du 29 décembre 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_ a constaté que le problème auditif dont souffre A. \_\_\_\_\_ était nouveau, mais qu'il ne pouvait être considéré comme incapacitant, admettant toutefois qu'il entraînait une limitation fonctionnelle supplémentaire, à savoir celle de « *ne pas travailler avec ou à proximité de machines dangereuses car un avertissement sonore risquerait de ne pas être entendu* » (ci-dessus, let. F.b ; pce OAIE 144).

**8.2.3** Dans un troisième rapport (pce OAIE 157), le Dr K. \_\_\_\_\_, après avoir résumé les documents médicaux au dossier et indiqué avoir relu le recours de A. \_\_\_\_\_, a souligné que les documents fournis par le recourant ne mettaient en évidence aucun fait nouveau ni aucune aggravation d'une pathologie existante, confirmant ainsi les prises de position antérieures concernant la capacité de travail et rappelant n'avoir coché que des activités exigibles physiquement très légères. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a en outre relevé disposer de renseignements médicaux « *très complets* » et d'un rapport médical « *de très bonne qualité et parfaitement lisible quoique manuscrit de la part [de la Dresse] I. \_\_\_\_\_ [...]* » (pce OAIE 157, p. 2), précisant que les conclusions à laquelle la prénommée était parvenue obéissaient aux règles françaises, différentes de celles de l'assurance-invalidité suisse. Au surplus, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué estimer qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une expertise.

**8.3** A l'analyse du dossier, le Tribunal estime que l'instruction de la présente cause a été lacunaire et que l'état de santé de A. \_\_\_\_\_ n'a pas été établi avec précision.

A ce propos, il sied de mettre en exergue le rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_, médecin SMR, daté du 10 décembre 2013, dans lequel elle a constaté que la documentation médicale relative au polytraumatisme de 2012 était incomplète et a prié l'OAIE d'y remédier, notamment s'agissant de la détermination des séquelles (pce OAIE 86). Ce polytraumatisme a consisté en une fracture complexe du coude gauche et de deux fractures du bassin à des niveaux différents. L'OAIE n'ayant pas donné suite, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a réitéré sa requête le 30 avril 2014 (pce OAIE 95).

Force est de constater que, malgré ces deux demandes, le dossier ne contient aucune documentation médicale concernant les éventuelles séquelles résultant des fractures du bassin.

Ainsi, le Dr K. \_\_\_\_\_, contrairement à ses affirmations, s'est prononcé sur la base d'un dossier incomplet. En particulier, c'est en l'absence de pièces médicales topiques et sans avoir personnellement examiné l'assuré qu'il a affirmé que l'accident d'avril 2012 avait engendré une incapacité de travail de 7 à 8 mois et que A. \_\_\_\_\_ ne souffrait que de séquelles minimes au niveau des membres inférieurs. L'on ne parvient pas à déterminer sur quelle base le médecin SMR s'est appuyé pour formuler pareilles considérations alors qu'aucun des deux rapports de la Dresse I. \_\_\_\_\_ (pces OAIE 92 et 124), pourtant qualifiés de « *très bonne qualité* », ne discute les séquelles des fractures du bassin et les douleurs cervicales. Il sied en outre de souligner que le Dr K. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la discopathie C4-C5 (pce OAIE 103) et sur l'uncarthrose C3-C4 (pce OAIE 103).

De surcroît, aucun élément du dossier ne vient corroborer l'évaluation du Dr K. \_\_\_\_\_ aboutissant à la reconnaissance d'une capacité résiduelle de travail de 100 % à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2012. En effet, aucune pièce médicale produite ne fait état d'une quelconque capacité résiduelle. Au contraire, la plupart des praticiens ayant examiné le cas ont souligné, dans leurs rapports, l'impossibilité d'améliorer l'état de santé du recourant. Ainsi, si la Dresse E. \_\_\_\_\_ estimait, en avril 2012, qu'une amélioration de l'état de santé de A. \_\_\_\_\_ était envisageable (pce OAIE 30), force est de constater que dans deux avis médicaux postérieurs, rédigés en février et en juillet 2014 (pces OAIE 92 et 124), la Dresse I. \_\_\_\_\_ a considéré qu'exiger de l'assuré un travail adapté n'était pas possible et qu'une amélioration de son état de santé était improbable.

**8.4** Par conséquent, c'est à tort que l'autorité inférieure a retenu, sur la seule base des rapports de son médecin-conseil, le Dr K. \_\_\_\_\_, dont la valeur probante était de surcroît limitée du fait de l'absence de spécialisation de ce praticien, l'existence, chez A. \_\_\_\_\_, d'une capacité résiduelle de travail.

Pour cette raison, il se justifie d'admettre le recours et d'annuler l'acte entrepris.

## 9.

**9.1** En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie à l'autorité inférieure avec des instructions impératives. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

**9.2** Eu égard à l'absence d'éléments probants relatifs à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il convient de procéder à un complément d'instruction afin de déterminer si A. \_\_\_\_\_ avait ou non droit à une rente d'invalidité pour la période précédant son droit à la retraite. Il s'agira concrètement de diligenter une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, orthopédie et otorhinolaryngologie) devant permettre de déterminer si l'assuré disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée et, si tel est le cas, depuis quelle date. Si une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée devait être constatée, il appartiendra à l'autorité inférieure d'examiner si elle aurait encore pu être mise à profit sur un marché du travail équilibré en application de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral (ATF 138 V 457 consid. 3, jurisprudence précisée *in* : ATF 143 V 431). Selon cette jurisprudence, même s'il incombe en règle générale à la personne assurée se trouvant proche de l'âge de la retraite – il est admis qu'un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2 et la jurisprudence citée) – de diminuer le dommage en s'intégrant de son propre chef dans le marché du travail, il y a lieu d'examiner si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, la personne assurée est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail (*cf.* art. 16 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_839/2013 du 13 mars 2014 consid. 5.3.2.2). Pour ce faire, plusieurs critères doivent être pris en compte, parmi lesquels figurent le taux d'activité exigible, le type d'activités exigibles, la formation, l'expérience professionnelle et la durée

de l'absence (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7599/2014 du 16 novembre 2017 consid. 10.3).

**10.**

**10.1** Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnité fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'avance de frais de 400 francs, versée par le recourant le 4 mai 2015, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**10.2** 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).

(dispositif page suivante)

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

**1.**

Le recours est admis et la décision attaquée est annulée.

**2.**

Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs, versée par le recourant le 4 mai 2015, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Jean-Luc Bettin

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) soient remplies, le présent arrêt peut être attaqué 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 :