



---

Cour III  
C-1337/2014

## Arrêt du 11 juin 2016

---

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),  
Michael Peterli, David Weiss, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
Espagne,  
représenté par Me José Nogueira Esmorís,  
ES-15006 A Coruña,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 12 février  
2014).

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

Le ressortissant espagnol A. \_\_\_\_\_, né en 1962, travailla en Suisse durant les années 1985 à 2002 (pce 13 p. 2; certaines années incomplètes) en tant qu'ouvrier dans la construction. De retour en Espagne il travailla comme coffreur (pce 8 p. 2) et en dernier lieu de juillet 2009 à fin février 2012 comme chef d'équipe communal d'intervention d'urgence (pce 16). Depuis octobre 2010, l'intéressé connut des limitations fonctionnelles aux deux hanches, en particulier la hanche gauche, et courant 2012 des limitations fonctionnelles au niveau des épaules, notamment la droite (cf. pces 18 et 20). Il cessa son activité le 28 février 2012 pour raison indiquée de santé et fut au chômage du 1<sup>er</sup> mars au 26 octobre 2012 (pce 16). Le 16 janvier 2013 il déposa une demande de prestations d'invalidité suisse par le biais de l'organisme de liaison espagnol (pce 6). Il perçut une rente d'invalidité espagnole pour un degré d'incapacité totale selon une décision des 8/11 février 2013 rétroactivement à compter du 26 octobre 2012 (pce 6 p. 4 et pce 42). En date du 27 février 2013 l'intéressé subit une arthroplastie totale de la hanche gauche (pce 21, p. 1).

**B.**

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) porta au dossier les pièces suivantes:

- un rapport médical E 213 daté du 8 avril 2013 (examen du 1<sup>er</sup> février 2013), rapportant les antécédents d'obésité, ménissectomie, hernie inguinale, trouble du métabolisme, tendinopathie des coiffes des rotateurs de l'épaule droite, d'épicondylite du coude droit en 2009, faisant état des plaintes actuelles de coxarthrose gauche avec indication d'implantation d'une prothèse totale de la hanche, notant une mobilité axiale de la colonne vertébrale conservée, une dextérité bi manuelle conservée, une balance articulaire des membres supérieurs sans déficience significative, une balance musculaire conservée, une douleur à la mobilité passive et à la flexion-extension et à la rotation de la hanche, une mobilité normale (contrôle neurologique puissance et tonus), une marche déficiente à droite, posant le diagnostic de coxarthrose gauche en attente de prothèse totale de la hanche, indiquant la possibilité d'exercer une activité légère en milieu non humide, sans accroupissement, port et élévation fréquent d'objets, sans utilisation de rampes, escaliers et échelles, sans risque de chute, une diminution du rendement en lien avec l'atteinte à la hanche gauche, notant l'impossibilité

pour l'assuré d'exercer son activité antérieure de coffreur mais la possibilité d'exercer à temps complet une activité d'employé (ordonanza), d'auxiliaire administratif (pce 8),

- un questionnaire à l'assuré daté du 13 mai 2013 notant une formation non certifiée de coffreur, une activité de chef d'équipe communal d'intervention d'urgence exercée à plein temps de juillet 2009 à février 2012, la cessation de l'activité exercée le 1<sup>er</sup> mars 2012 pour raison de santé (maladie suivie de l'opération de la hanche), une période de chômage du 1<sup>er</sup> mars au 26 octobre 2012 (pce 16 p. 1),
- un questionnaire à l'ancien employeur daté du 13 mai 2013 indiquant une activité lourde de chef de groupe d'intervention d'urgence exercée du 15 juillet 2009 au 28 février 2012 (fin de contrat) à plein temps et rendement jusqu'à la fin (pce 16 p. 6),
- un rapport radiologique du 23 octobre 2012 de l'épaule droite faisant état d'une lésion kystique mise en relation avec la rupture du labrum postérieur supérieur, de dégénérescences de l'articulation acromio-claviculaire, de tendinite du tendon supraépineux sans signe de zone de rupture associée (pce 18),
- un rapport médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2013 posant les diagnostics d'allergies aux aines et corticoïdes, d'épicondylite droite chronique, de tendinite du supraépineux, d'enthésiopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de coxarthrose gauche (pce 19),
- un rapport médical daté du 18 février 2013 faisant état notamment d'une hanche gauche bloquée en rotation interne et externe avec une flexion conservée, une marche sans appui (pce 20),
- un rapport du 6 mars 2013 faisant état d'une arthroplastie totale de la hanche gauche avec séjour hospitalier du 26 février au 5 mars 2013 (pce 21),
- un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ pour l'OAIE du 24 juin 2013 notant que l'intéressé avait cessé son activité au 1<sup>er</sup> mars 2012 selon ses indications non documentées pour raison de santé, qu'il était traité depuis octobre 2010 pour une coxarthrose gauche [recte: des 2 hanches; cf. pce 20], que l'on pouvait admettre comme possible respectivement plausible une incapacité de travail supérieure à une année rétroactive-

ment à l'opération effectuée au printemps 2013, qu'il y avait lieu de requérir une documentation postopératoire pour apprécier l'évolution du status et le status orthopédique actuel (pce 24),

- une prescription médicale du 2 septembre 2013 pour du Targin® 10/5 mg (anti-douleurs contre des douleurs prolongées modérées à fortes ; pce 33),
- un rapport médical daté du 3 septembre 2013 du Dr B. \_\_\_\_\_ posant les diagnostics d'allergies aux aines, corticoïdes, pénicilline et paracétamol, d'arthroplastie totale de la hanche gauche, de tendinopathie du subcapulaire de l'épaule droite, d'épicondylite droite chronique, de syndrome des rotateurs de l'épaule gauche, d'arthropathie de la hanche droite (pce 34),
- une attestation de suivi de traitement de physiothérapie du 5 septembre 2013 (pce 35),
- un rapport E 213 du 23 septembre 2013 (examen du 6 septembre 2013) de la Dre D. \_\_\_\_\_, rappelant les antécédents de ménisectomie et de hernie inguinale, faisant état en tant que plaintes actuelles d'arthroplastie totale de la hanche gauche, relevant un bon aspect, un status euthymique, une conversation adéquate, un rachis sans particularité, une capacité fonctionnelle du membre supérieur droit globalement conservée, pour le membre supérieur gauche une ABD approx. de 90° et une antéversion approx. de 100°, une prothèse de la hanche gauche avec indication d'un traitement actuel de réhabilitation médical (cf. pce 36 p. 2, 35 [traitement de physiothérapie depuis août 2013], 32, 33 [Targin® 10/5 mg]), posant le diagnostic de status post arthroplastie totale de la hanche gauche le 27 février 2013, notant une diminution fonctionnelle significative, relevant les limitations de lieux humides, froids et de température élevée, d'activités demandant de fréquemment s'accroupir, d'élever et de transporter des objets, de risques de chutes, notant la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée à temps complet mais plus ses activités antérieures (pce 36).

### C.

Invité par l'OAIE à se déterminer sur la documentation produite, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecine interne, nota dans son rapport du 24 octobre 2013, en complément à son rapport du 24 juin 2013, que l'on ne disposait pas de rapport quant à l'évolution de la pose de la prothèse totale de la hanche gauche ni d'élément quant à un ralentissement du rétablissement et de la

réhabilitation. Il retint le diagnostic principal de status après pose d'une prothèse de la hanche le 26 février 2013 et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de douleurs de la coiffe des rotateurs à droite, suspicion d'un syndrome du métabolisme, épicondylite chronique à gauche (recte: droit), allergie médicamenteuse. Il releva une incapacité de travail de 80% dès le 26 octobre 2012 dans l'activité habituelle, une incapacité de travail totale dans une activité adaptée à compter du 26 février 2013, une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 avec les limitations fonctionnelles suivantes: activité en position variée, port de charges jusqu'à 8 kg, pas de travaux lourds, une limitation de trajet de 1 km, une non-exposition à la chaleur, au froid et au mauvais temps. Il indiqua qu'il était possible que l'intéressé n'ait plus pu travailler dans son activité habituelle depuis fin octobre 2012 en raison de sa coxarthrose et qu'il y avait lieu de retenir, sauf rapports médicaux contraires, que deux mois après l'opération subie l'intéressé avait été à nouveau en mesure d'exercer une activité légère à moyenne par intermittence. A titre d'exemples d'activités pouvant être exercées, le Dr C. \_\_\_\_\_ indiqua celles de travailleur non qualifié et aide dans une fabrique ou unité de production, de surveillant de musée et parking, de magasinier, de petites livraisons avec véhicule (pce 38).

#### **D.**

En date du 25 novembre 2013, l'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité économique de l'assuré. Relevant que la dernière activité de l'assuré en Espagne avait été celle d'un contremaître d'un groupe d'urgence municipal, il assimila cette activité à celle d'un salarié de niveau de qualification 3 (connaissances professionnelles spécialisées) dans les branches santé humaine et action sociale de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010 (Tablette TA1 secteur 86-88) dont le revenu mensuel est de 6'229.- francs pour 40 h./sem. et de 6'462.59 francs pour 41.5 h./sem. en 2010. Il compara ensuite ce revenu avec celui des activités de substitution proposées par son service médical dans la prise de position du 24 octobre 2013 et exigibles à 100% du 26 octobre 2012 au 25 février 2013 et dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 (période où l'assuré a eu respectivement 50 et 51 ans. Il s'ensuivit une perte de gain  $([6462.59 - 4017.35] \times 100 : 6462.59 = 37.84\%)$  de 38% du 26 octobre 2012 au 26 février 2013, de 80% [recte :100%] dès le 26 février 2013 et de 38% dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 (pce 39).

#### **E.**

Par un projet de décision du 28 novembre 2013 l'OAIE informa l'assuré que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne liaient pas l'assurance-invalidité suisse, qu'il était apparu de l'examen de son dossier qu'il existait

une atteinte à sa santé qui provoquait les limitations fonctionnelles suivantes: positions de travail alternées, pas de port de charge supérieure à 8kg avec marche limitée à 1km, pas d'exposition au froid, au chaud et aux intempéries. Il indiqua que son incapacité de travail dans sa dernière activité était de 80% depuis le 26 octobre 2012 mais qu'en revanche l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était de 80% dès le 26 février 2013 (sic) et dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 38% dès le 26 octobre 2012, de 80% dès le 26 février 2013 (sic) et de 38% dès le 1<sup>er</sup> mai 2013. Il indiqua qu'en l'occurrence vu le taux d'invalidité de 38%, inférieur au seuil de 40%, sa demande de prestation était rejetée, qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la législation (pce 40).

#### **F.**

L'intéressé contesta ce projet par acte du 23 décembre 2013. Il fit valoir être reconnu en incapacité totale par la sécurité sociale espagnole et invoqua la documentation médicale déjà produite propre à fonder de son avis le droit à une rente entière ou partielle n'étant plus en mesure d'exercer son activité de coffreur nécessitant de se déplacer, de travailler debout de façon prolongée et d'effectuer des ports de charges (pce 41). Il joignit à son envoi une documentation déjà au dossier, deux rapports médicaux des 2 avril et 17 septembre 2013 documentant son intolérance médicamenteuse (pces 47 et 50) et un rapport du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, daté du 18 décembre 2013.

Dans ce rapport le Dr E. \_\_\_\_\_ releva que selon les indications de l'assuré son status actuel s'était dégradé ces derniers temps, qu'il souffrait de coxalgie droite, gonalgie gauche et de douleurs bilatérales aux épaules, à la station debout, à la marche prolongée, aux larges mouvements des épaules et au soulèvement de poids. Il relata un sentiment selon l'assuré d'impotence et de perte de vitalité. A l'examen il nota une constitution normale, un status conscient, orienté, collaborant. Il nota une diminution de mouvement de plus 50% des deux épaules notamment dans les mouvements d'abduction et de rotation, de plus de 50% de la hanche droite notamment dans les mouvements d'abduction, une douleur à la palpation et mobilité de la rotule gauche, surtout à l'accroupissement. Il indiqua une diminution fonctionnelle significative, une ostéoarthrose dégénérative de la hanche droite en attente d'intervention, une tendinite des coiffes des rotateurs de l'épaule gauche, une tendinite subscapulaire de l'épaule droite, une ménisectomie externe de la rotule gauche, une allergie médicamenteuse déclarée lors de la pose de la prothèse totale de la hanche gauche.

Il relata un processus pathologique ayant évolué sur des années et un important trouble fonctionnel ayant occasionné une incapacité pour des travaux supposant la station debout, la marche prolongée, l'usage de terrains irréguliers, des postures forcées, le maniement de charges. Il retint une incapacité de travail absolue pour tout type de travail (pce 52).

### **G.**

Invité à se déterminer sur cette nouvelle documentation médicale, le Dr C. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 4 février 2014 maintint sa détermination antérieure. Il releva qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail attestée avant octobre 2012 et d'élément radiologique probant. Il nota que le dernier rapport E 213 ne faisait pas (plus) état de pathologie des épaules, laquelle avait suivi un processus favorable depuis 2010. Il indiqua que la pathologie de la hanche avait dûment été prise en considération et n'était pas controversée. Il nota que le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2013 était lacunaire et non probant, qu'il mélangeait les états pathologiques anamnestiques et ne faisait état ni de leur évolution, ni de leur incidence invalidante et de l'incapacité de travail afférente, que les dysfonctionnements de la hanche et de l'épaule n'étaient pas décrits dans les règles de l'art notamment quant à leur mobilité active et passive exprimée en degré. Il nota que l'appréciation globale d'incapacité de travail pour toutes activités n'était pas compréhensible et insuffisamment fondée. Il releva que, sur la base de la documentation existante et sans nouveaux éléments médicaux, il ne saurait modifier sa prise de position (pce 54).

### **H.**

Par décision du 12 février 2014 l'OAIE rejeta la demande de prestations pour les motifs énoncés dans son projet de décision. Il indiqua que son incapacité de travail dans sa dernière activité était de 80% depuis le 26 octobre 2012 mais qu'en revanche son incapacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était de 0%, de 80% (sic) dès le 26 février 2013 et de 0% dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 avec une diminution de la capacité de gain de 38% dès le 26 octobre 2012, de 80% dès le 26 février 2013 (sic) et de 38% dès le 1<sup>er</sup> mai 2013. Il précisa que la documentation jointe en procédure d'audition avait été soumise à son service médical qui avait indiqué que celle-ci confirmait les atteintes connues et n'avait pas apporté d'élément nouveau. L'OAIE précisa, quant à la décision d'octroi de prestations par la sécurité sociale espagnole, qu'elle n'était pas liée par les décisions prises par la sécurité sociale étrangère, l'invalidité n'étant pas constituée de l'atteinte à la santé en tant que telle mais par les répercussions de cette atteinte sur la capacité de gain (pce 55).

**I.**

Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me J. Noguera Esmoris, interjeta recours auprès du Tribunal de céans, concluant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière, voire partielle eu égard à un taux d'invalidité supérieur à 38%. Il fit valoir ses atteintes à la santé documentées au dossier. Il joignit des annexes déjà au dossier (pce TAF 1).

**J.**

Par réponse du 24 avril 2014 au recours, l'OAIE proposa son rejet et la confirmation de la décision attaquée. Il indiqua que si l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer son activité professionnelle de contremaître d'un groupe d'urgence municipal dès le 26 octobre 2012, il aurait pu exercer des activités de substitution à 100% telles celles spécifiées dans la prise de position de son service médical du 24 octobre 2013, respectueuses de ses limitations fonctionnelles, sans autre formation professionnelle particulière. Il indiqua qu'après l'intervention médicale subie et une période de convalescence il aurait pu reprendre une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013 à 100%, qu'en l'occurrence, compte tenu d'un abattement de 15% sur le revenu avec invalidité en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge, la perte de gain était estimée à 38% dès le 26 octobre 2012, à 80% dès le 26 février 2013 et à 38% dès le 1<sup>er</sup> mai 2013, taux n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité selon la législation (pce TAF 4).

**K.**

Par décision incidente du 2 mai 2014 le Tribunal de céans requit de l'assuré une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 5 s.).

**L.**

Par réplique du 21 mai 2014 le recourant maintint son recours selon les termes de ce dernier. Il joignit une documentation déjà au dossier (pce TAF 7). Par duplique du 10 juin 2014 l'OAIE maintint ses déterminations antérieures, relevant que l'intéressé n'avait pas produit d'éléments nouveaux (pce TAF 9).

**M.**

Par ordonnance du 17 juin 2014 le Tribunal de céans porta la duplique de l'OAIE à la connaissance du recourant et mit un terme à l'échange des écritures (pce TAF 10).

**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 de céans, 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. 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 à la LPGA.

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

**1.4** Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

**2.**

**2.1** L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). 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. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI 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 Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi de prestations depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande de prestations d'invalidité déposée le 16 janvier 2013 [pce 6]) jusqu'au 21 février 2014, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

**2.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, 2013, n° 176; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, *Droit suisse de la sécurité sociale II*, 2015 p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2<sup>e</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

**2.3** Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

### 3.

**3.1** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le requérant est ressortissant espagnol domicilié en Espagne. 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) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1<sup>er</sup> juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1<sup>er</sup> al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

**3.2** Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles 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, modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après : règlement n° 883/2004). Dans son champ d'application, le règlement n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les États membres. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6).

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

**3.4** Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8

ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**3.5** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003). 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). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

#### **4.**

L'objet de la contestation est le bien-fondé du refus par l'OAIE du droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en l'occurrence le droit à une rente, au motif que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de la loi eu égard à un taux de perte de gain de 38%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

#### **5.**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

## 6.

**6.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**6.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IV], 3<sup>e</sup> éd. 2014, art. 28 n° 32).

**6.3** Selon 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. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse.

Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), 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 n° 883/04).

**6.4** Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

**6.5** Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

## **7.**

**7.1** Le recourant a travaillé en dernier lieu en Espagne jusqu'à fin février 2012 dans une activité qualifiée de lourde par l'employeur. Il a cessé son activité pour raison invoquée de santé et fut directement au chômage du 1<sup>er</sup> mars 2012 jusqu'au 26 octobre 2012. A partir de cette dernière date il fut mis au bénéfice d'une rente d'invalidité espagnole, reconnu en incapacité totale. Il n'a pas été établi au dossier des incapacités de travail temporaires avant le 1<sup>er</sup> mars 2012. Le 27 février 2013 il fut opéré de la hanche gauche.

**7.2** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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 mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale; cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss).

**7.3** Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, notamment pour les personnes sans activité lucrative ou ayant exercé une activité lucrative à temps partiel, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tabelles d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (VALTERIO, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (VALTERIO, op. cit. n° 2051 et les références).

Selon une jurisprudence constante, 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 (ATF 125 V 258 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1).

## **8.**

**8.1** Selon l'art. 43 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. supra consid. 2.2). L'art. 69 RAI précise pour l'AI 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. 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).

Selon l'art. 59 al. 2 et 2<sup>bis</sup> LAI, les services médicaux régionaux (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 LPG, 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 d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (VALTERIO, op. cit., n° 2596). 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 (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C\_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

**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 125 V 351 consid. 3a et les références). 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. 3). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (voir spéc. VALTERIO, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. VALTERIO, op. cit. n°

2912; arrêts du TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3, 9C\_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

**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. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical 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, le juge est tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). 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).

**8.4** Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au

niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1<sup>er</sup> septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

**8.5** Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

## **9.**

**9.1** En l'espèce l'assuré a subi une arthroplastie totale de la hanche gauche le 26 février 2013. Il peut être retenu comme possible respectivement probable, comme l'a fait le Dr C. \_\_\_\_\_ de l'OAIE, qu'il n'a plus été en mesure d'exercer son activité antérieure de chef de groupe municipal d'intervention d'urgence une année avant son opération, soit au moment où il a cessé son activité.

**9.2** Dans son rapport sur dossier du 24 octobre 2013 le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR retint le diagnostic principal de status après pose d'une prothèse de la hanche le 26 février 2013 et les diagnostics indiqués sans incidence sur la capacité de travail de douleurs de la coiffe des rotateurs à droite, suspicion d'un syndrome du métabolisme, épicondylite chronique à droite (recte: gauche), allergie médicamenteuse.

La question de savoir si les douleurs de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et l'épicondylite chronique à gauche, sans compter la tendinite affectant l'épaule gauche non relevée au nombre des diagnostics actuels, sont effectivement et sans aucun doute sans incidence sur la capacité de travail prête à discussion, le Dr C. \_\_\_\_\_ ne s'étant pas prononcé de manière substantielle pour fonder son avis sur ce point alors que le Dr E. \_\_\_\_\_, médecine du travail, dans son rapport du 18 décembre 2013, a énoncé à ce sujet des limitations d'amplitude de mouvement étayant une appréciation contraire. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il pouvait être retenu que le rapport E 213 du 23 septembre 2013 de la Dre D. \_\_\_\_\_ ne faisait pas/plus état de pathologie des épaules et que le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_, lacunaire et non probant, ne se prononçait pas en détail sur les limitations fonctionnelles au niveau des épaules et du coude droit. La constatation d'un manque de documentation et de précision dans les limitations ne peut pas servir comme un indice d'un status non invalidant et ne permet pas d'inférer objectivement que ces atteintes ne sont absolument pas invalidantes pour toutes activités sollicitant les membres supérieurs.

Relativement à l'opération de l'arthroplastie de la hanche gauche le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé ne pas disposer d'information quant au suivi postopératoire, ni disposer d'éléments quant à un éventuel ralentissement du rétablissement et de la réhabilitation. Cette constatation dut l'inviter à solliciter les informations manquantes d'autant plus que les actes contiennent des informations quant à un traitement de réhabilitation. Contrairement à son appréciation, il ne peut dès lors être retenu objectivement sans doute possible que l'assuré aurait été en mesure d'exercer une activité légère adaptée sans déplacement de plus d'un km deux mois après l'intervention chirurgicale, soit dès le 1<sup>er</sup> mai 2013. A ce sujet, son rapport ne fait pas mention de la médication prescrite en septembre 2013 de Targin® 10/5 mg (pour douleurs moyennes à fortes) ni du suivi de physiothérapie attesté le 5 septembre 2013 soit plus de 6 mois après l'arthroplastie de la hanche gauche. Aussi il y a lieu de relever que le Dr E. \_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 18 décembre 2013 qu'une opération de la hanche droite est en attente d'intervention, élément non relevé par le Dr C. \_\_\_\_\_.

Il appert de ce qui précède que l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ repose sur une appréciation partant de prémisses positives non documentées à défaut d'éléments négatifs patents au dossier, ce qu'il a lui-même constaté, alors qu'il n'appert pas du dossier que l'intéressé puisse sans autre notamment avec ses membres supérieurs exercer une activité légère adaptée sans restriction. Dans ces circonstances Il dut requérir la documentation manquante avant de se prononcer sur dossier, cas échéant requérir des examens complémentaires.

**9.3** Si l'on pouvait par hypothèse retenir une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée deux mois après l'opération du 26 février 2013, soit à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013, force est de relever, comme on l'a indiqué, qu'il ne pouvait être inféré du dossier que l'assuré disposait d'une pleine capacité d'utilisation de ses membres supérieurs lui permettant de s'insérer dans le monde du travail et de soutenir une cadence de production industrielle telle qu'on peut l'attendre d'un travailleur non entravé sur le plan locomoteur. En effet, le rapport radiologique du 23 octobre 2012 de l'épaule droite fait notamment état de champs dégénératifs en articulation acromioclaviculaire, de tendinite du tendon supraépineux, le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2013 fait état d'épicondylite droite (recte: gauche) chronique, de tendinite du supraépineux de l'épaule droite, le rapport E 213 du 23 septembre 2013 note une capacité fonctionnelle du membre supérieur droit globalement conservée, pour le membre gauche une ABD approx. de 90° et une antéverson approx. de 100°. Enfin le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2013 note une diminution de mouvement des deux épaules de plus de 50% notamment dans les mouvements d'abduction et de rotation. Manifestement si l'assuré peut faire usage de ses deux membres supérieurs dans de nombreuses activités légères, il n'était pas possible de retenir dans le cadre d'une évaluation de sa capacité de travail résiduelle sur dossier qu'il pourrait s'insérer pleinement dans le monde du travail et soutenir une cadence de travail de type industriel requérant l'utilisation de ses deux membres supérieurs sans entrave locomotrice. En conséquence l'évaluation économique de la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité légère adaptée ne pouvait qu'être limitée à des activités ne nécessitant pas de façon majeure et quasi exclusive quant au rendement attendu l'utilisation de ses deux membres supérieurs. Le rapport E 213 du 8 avril 2013 avait d'ailleurs relevé cette limitation dans les activités adaptées en mentionnant celles d'employé (ordonanza) et auxiliaire administratif. L'évaluation de l'invalidité économique de l'assuré n'ayant pas tenu compte de ses limitations au niveau des membres supérieurs, elle ne saurait être validée dans la mesure de l'existence d'une ca-

pacité de travail adaptée confirmée au niveau des membres inférieurs malgré l'indication d'une hanche droite en attente d'être opérée, d'une médication anti-douleurs pour douleurs moyennes à fortes et d'un suivi de physiothérapie, indices d'entraves.

**9.4** Vu ce qui précède il se justifie de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction en application de l'art. 61 PA. En l'occurrence un examen orthopédique en Suisse mettant l'accent sur les membres tant inférieurs que supérieurs paraît nécessaire afin de clarifier la situation de fait qui ne l'a pas été préalablement à la décision prise dont est recours en violation du devoir d'instruction (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le renvoi est ainsi indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 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 de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (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).

## **10.**

Vu l'issue de la procédure il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais fournie par le recourant en cours de procédure lui est restituée.

Le recourant ayant agi en s'étant fait représenter par un mandataire professionnel de son choix, il lui est alloué une indemnité de dépens de 1'500.- francs (sans TVA, y c. frais accessoires) à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause, du travail effectué par le représentant.

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

**1.**

Le recours est admis et la décision de l'OAIE est annulée.

**2.**

Le dossier est retourné 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 et l'avance de frais de 400.- francs effectuée en cours de procédure est restituée au recourant.

**4.**

Il est alloué une indemnité de dépens de 1'500.- francs à charge de l'autorité inférieure au recourant.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (N° de réf. \_ ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit figure sur la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :