



Cour III
C-148/2007
{T 0/2}

Arrêt du 10 novembre 2008

Composition

Vito Valenti (président du collège), Francesco Parrino,
Johannes Frölicher, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
agissant par _____,
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,
intimé,

Objet

Assurance-invalidité (décision du 17 novembre 2006).

Faits :

A. Le ressortissant espagnol A._____, marié et père de trois enfants, a travaillé en Espagne de mai 1982 à novembre 1983 comme maçon (pce 11 p. 1 et 6 p. 2). Il a été engagé par la suite en Suisse de mars 1985 à décembre 1996 dans une entreprise de construction en qualité de manoeuvre et chauffeur (pces 3, 9). De retour en Espagne, il a travaillé dès le 1^{er} avril 1998 comme maçon dans l'entreprise B._____ (pce 12 p. 2). Il dût interrompre cette activité suite à un accident de travail qui survint le 27 mai 2004 et le rendit paraplégique (pce 12 p. 1). En date du 25 novembre 2004, il a présenté une demande de prestation de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS; pce 1 p. 4), lequel transmet la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

B.

Dans le cadre de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE a notamment versé au dossier les pièces suivantes:

- le questionnaire à l'assuré daté du 19 juillet 2005 selon lequel ce dernier travaillait à plein temps et a cessé son activité le 27 mai 2004 suite à un accident de travail (pce 11),
- le questionnaire pour l'employeur daté du 18 juillet 2005 selon lequel l'assuré fut engagé dans une entreprise de construction du 1^{er} avril 1998 au 25 novembre 2004 et cessa toute activité après un accident de travail survenu le 27 mai 2004 (pce 12),
- un résumé médical du 3 novembre 2004 établi par l'assurance accident [...] (pce 14),
- un formulaire de l'assurance [...] pour accident de travail selon lequel l'assuré a subi une lésion grave le 27 mai 2004 (pce 17),
- une déclaration du Dr C._____ daté du 2 novembre 2004 faisant part d'une paraplégie complète de l'assuré au niveau D7-D9 qui rend ce dernier tributaire de l'aide de tiers pour exécuter des actes ordinaires de la vie tels que se vêtir, se laver ou se déplacer en chaise roulante et qui l'empêche de façon permanente d'exercer son métier de maçon (pce 18),

- un rapport de l'assurance [...] daté du 11 juin 2004 décrivant l'accident de l'assuré survenu le 27 mai 2004 et faisant part d'une chute de ce dernier de 3.90 mètres lors de travaux sur un chantier (pce 19),
- un rapport médical du 27 juillet 2004 établi au centre hospitalier D._____ et signé par la Dresse E._____ indiquant entre autres que le patient se trouve en traitement et réadaptation depuis le 27 mai 2004 (pce 20),
- un rapport médical du 3 septembre 2004 établi au centre hospitalier D._____ et signé par le Dr F._____ relevant que l'hospitalisation de l'assuré sera prolongée de 4 à 6 semaines (pce 21),
- un radiodiagnostic du 22 juillet 2004 établi au centre hospitalier D._____ et signé par la Dresse G._____ (pce 22 p. 2),
- une gammagraphie osseuse du 20 juillet 2004 établie au centre oncologique H._____ (pce 22),
- un radiodiagnostic du 1^{er} juillet 2004 établi au centre hospitalier D._____ et signé par le Dr I._____ (pce 23),
- un radiodiagnostic du 14 juin 2004 établi au centre hospitalier D._____ et signé par la Dresse J._____ (pce 24),
- un radiodiagnostic paraphé dont la date et la signature sont illisibles (pce 25),
- un radiodiagnostic paraphé du 27 mai 2004 (pce 26),
- un rapport médical du 15 octobre 2004 rédigé au centre hospitalier D._____ selon lequel l'assuré fut hospitalisé du 27 mai 2004 au 15 octobre 2004 suite à son accident de travail (pce 27) et faisant part d'une fracture des vertèbres D9 et L2 avec lésion médullaire au niveau de la vertèbre D8, d'une vessie et d'intestins avec troubles neurologiques, de fractures des côtes et de contusions pulmonaires, d'infection urinaire et de bactériémie, de thrombose veineuse profonde avec thrombo-embolie pulmonaire, d'ossification hétérotopique au genou gauche; selon ce rapport l'assuré présente un syndrome

neurologique stabilisé sous forme d'une paraplégie complète en D8 et peut se tenir debout, marcher avec une orthèse des membres inférieurs, se déplacer de façon indépendante en chaise roulante et accomplir des actes ordinaires de la vie en environnement adapté (pce 27),

- un rapport médical détaillé E 213 du 26 janvier 2005 signé par la Dresse K._____ diagnostiquant une fracture des vertèbres en D9 et L2, une lésion médullaire complète ainsi qu'une vessie et des intestins avec troubles neurologiques et concluant que l'intéressé n'est pas à même d'exercer une activité professionnelle (pce 28 [E 213 précité sans p. 8], pce TAF 1, annexe 6 [E 213 précité complet]).

C.

L'OAIE soumis le dossier au Dr L._____ de son service médical qui retint dans son rapport du 18 novembre 2005 le diagnostic d'une lésion de la moelle épinière au niveau des vertèbres T7 à droite et T8 à gauche avec paraplégie résultant d'une lésion complète au niveau de la vertèbre T8, de fractures des vertèbres T9 et L2, d'un hématome médiastinal et de fractures des côtes gauches (pce 30). Il conclut que, après avoir suivi des mesures de réadaptation pendant une année, l'assuré ne pouvait certes plus exercer son métier de maçon mais était par contre en mesure d'accomplir une activité sédentaire à 80% en étant par exemple engagé comme surveillant de musée, vendeur par correspondance, téléphone ou internet, vendeur de billets dans le commerce de détail ou comme employé de bureau ou de l'administration pour des activités simples consistant par exemple à assurer le service du téléphone ou à effectuer la saisie ou le scannage de données en position assise (pces 29 p. 2 et 30). Soulignant que des améliorations ou complications ultérieures étaient possible, il réserva une révision de la prise de position médicale deux ans plus tard (pces 29 et 30).

D.

Sur ces bases, l'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité de l'intéressé en s'appuyant sur l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2004 (cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>). Se référant à un horaire mensuel usuel de 41.7 heures par semaine, il retint un revenu mensuel moyen de Fr. 5'586.- dans le domaine de la

construction (niveau de qualification 3) qu'il opposa à une moyenne des salaires pour les activités de substitution proposées par le médecin de l'office de Fr. 4'530.-, à savoir la moyenne des salaires des catégories « autres services collectifs et personnels », « commerce de gros », « commerce de détail », « services fournis aux entreprises » pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), en tenant compte d'un horaire usuel moyen de 41.6 heures par semaine. Ce dernier montant fut ensuite réduit de 5% ($4'530 - 226.5 = 4'303.5$), afin de prendre en considération les circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. L'OAIE effectua de surcroît une réduction de 20%, étant donné que, selon la prise de position médicale du Dr L._____, il ne peut être exigé de l'assuré une activité de substitution à plus de 80% ($4'304 - 861.7 = 3'443.3$). Partant, l'office compara un revenu de Fr. 5'586.- à un salaire théorique de Fr. 3'443.-. Le calcul de la perte de gain est ainsi le suivant: $[(5'586 - 3'443) \times 100] : 5'586 = 38.36\%$ (pce 31).

E.

Par décision du 12 janvier 2006, l'OAIE rejeta la demande de prestation de l'assurance-invalidité formulée par l'assuré. Il releva qu'il n'y avait pas d'incapacité permanente de gain ni une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année au sens de l'assurance-invalidité, que si la dernière activité lucrative effectuée n'était plus exigible, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée aux affections dont souffre l'intéressé, pouvait être exigé de l'assuré dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 32).

F.

Par acte du 2 février 2006, l'assuré forma opposition (pces 33 et 38). Il fit valoir que ses affectations le rendaient constamment tributaire de l'aide de tiers pour certains actes de la vie ordinaire, ce qui entraînait un taux d'invalidité supérieur à 70% non seulement pour son métier de maçon exercé jusqu'alors mais aussi pour des activités de substitution. Preuve à l'appui (pce 34), il souligna que les autorités espagnoles avaient finalement retenu un statut de grand invalide à son égard qui reconnaissait d'une part son incapacité complète de travail, d'autre part son besoin d'être aidé par des tiers pour effectuer certaines activités ordinaires de la vie.

G.

Par décision sur opposition du 17 novembre 2006 (pce 39), l'OAIE

confirma sa décision du 12 janvier 2006 retenant un taux d'invalidité de 38%. Il mit en exergue que l'empêchement d'accomplir des actes de la vie ordinaire tels que se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer, n'avait pas d'influence directe sur le droit à une rente d'invalidité qui se basait sur l'aspect économique. Un tel empêchement était pris en compte dans le droit à une allocation pour impotent qui n'était toutefois versée qu'aux personnes ayant leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 42 LAI) et qui ne faisait de toute façon pas l'objet de la décision attaquée du 12 janvier 2006.

H.

Par acte du 4 janvier 2007, l'assuré, représenté par [...], interjeta recours auprès du Tribunal administratif fédéral. Il rappela les faits et souligna qu'une activité de substitution ne pouvait être exigée de lui, comme cela ressortait clairement des documents versés au dossier. Le recourant conclut ainsi à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière, éventuellement sur la base d'une nouvelle expertise médicale demandée par le Tribunal de céans.

I.

La procédure de recours incita l'OAIE à réexaminer l'évaluation économique de l'assuré effectuée le 10 janvier 2006. Dans un document du 11 mai 2007, il releva qu'une déduction de 5% du salaire statistique ne prenait pas suffisamment en compte les difficultés de l'assuré à être concurrentiel sur le marché du travail suite à sa pathologie. Partant, il augmenta la déduction à effectuer sur le salaire d'invalidé pour motifs subjectifs de 5 à 15%. Sur ces bases, la moyenne des salaires pour les activités de substitution proposées par le médecin de l'office de Fr. 4'530.- (cf. consid. D) fut réduite de 15% ($4'530 - 680 = 3'850$), afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. L'OAIE effectua de surcroît une réduction de 20% pour prendre en considération le taux d'incapacité de l'assuré pour effectuer une activité de substitution ($3'850 - 770 = 3'080$). Partant, l'office compara un revenu de Fr. 5'586.- à un salaire théorique de Fr. 3'080.-. Le calcul de la perte de gain est ainsi le suivant: $[(5'586 - 3'080) \times 100] : 5'586 = 44.86$ (pce 40).

J.

Dans sa réponse au recours du 15 mai 2007, l'OAIE fit valoir que,

selon la jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjugait pas de l'appréciation de l'invalidité basée sur le droit suisse. Il confirma que, au regard de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, une activité de substitution adaptée était exigible de l'assuré à 80% dès le 1^{er} mai 2005. Suite au réexamen de l'évaluation économique de l'assuré effectué le 11 mai 2005, il convenait toutefois de modifier la décision attaquée en ce sens que le taux d'invalidité devait être fixé à 45 %, ce qui conférait à l'assuré un droit à un quart de rente. L'OAIE conclut ainsi à l'admission partiel du recours dans le sens qu'il devait être octroyé au recourant un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2005, fin de la période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente (pce TAF 3).

K.

Invité à faire part de ses observations par ordonnance du 23 mai 2007 (pce TAF 4), le recourant renonça à produire une réplique.

L.

Par ordonnances du 5 février et du 21 août 2008, le tribunal de céans informa le recourant de la composition du collège (pces TAF 6 et 7). Celles-ci ne furent pas contestées.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions 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, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral (art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de

même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensations [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 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.

3.2 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par le tenor de la LAI au moment de la décision litigieuse eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables.

3.3 Le requérant a présenté sa demande de rente le 25 novembre 2004. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le requérant avait droit à une rente le 25 novembre 2003 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 17 novembre 2006, 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 et 121 V 362 consid. 1b).

4.

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, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (pce 9). Il reste à examiner s'il est invalide.

5.

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

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1^{er} LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

5.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant de l'Union européenne, présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; 99 V 98 consid. 1; 96 V 42 consid. 1). Le Tribunal fédéral n'exclut toutefois pas qu'une atteinte à la santé jugée tout d'abord labile évolue en une atteinte stable pendant le délai d'atteinte d'une année. Il en est ainsi si le caractère de l'atteinte s'est clairement modifié de manière à ce que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a; cf. également VSI 1999 p. 82; arrêt du Tribunal fédéral du 16 mai 2003 I.288/02, consid. 2.2).

5.4 Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1 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.

6.2 Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tri-

bunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

7.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certaines faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, art. 42 n° 16 p. 424 s.; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

7.2 En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. 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 en général 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et références citées)

8.

8.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

8.2 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; 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. Toutefois le simple fait qu'un certificat 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

9.

9.1

Il résulte du dossier que l'intéressé n'exerce plus d'activité lucrative depuis le 27 mai 2004, date de son accident. Dans les rapports médicaux du 15 octobre 2004 (pce 27) et du 2 novembre 2004 (pce 18), il est fait état d'une fracture d'éclatement des vertèbres T9 à L2, d'une lésion médullaire complète en T8 entraînant une paraplégie complète de l'assuré, d'une vessie et d'intestins neurogènes, de fractures des côtes et de contusions pulmonaires, d'infection urinaire et de bactériémie, de thrombose veineuse profonde avec thromboembolie pulmonaire, d'ossification hétérotopique au genou gauche. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une atteinte originellement labile peut être considérée comme stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière à ce que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral I 566/05 du 25 novembre 2005). Ces conditions n'étant pas remplies en l'état du dossier, le droit à la rente pourrait en principe naître *in casu* une année après le début de l'incapacité de travail conformément à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI.

9.2 Le Tribunal de céans constate ensuite que, en l'espèce, le ministère du travail et des assurances sociales en Espagne a octroyé au recourant le statut de grand invalide (pce 34), lui reconnaissant ainsi non seulement une incapacité complète de travail mais aussi un besoin de recourir à l'aide de tiers pour effectuer des actes ordinaires de la vie. Parallèlement, la Dresse K._____, médecin de l'INSS, semble conclure dans son rapport E 213 du 26 janvier 2005 à une incapacité de travail complète de l'assuré, autant dans sa profession de maçon exercée avant l'accident que dans une activité de substitution adaptée (pce 28 p. 10).

9.3 Cette appréciation n'a toutefois pas été retenue par l'OAIE qui, s'appuyant sur la prise de position du Dr L._____ du 18 novembre 2005, estime que l'assuré pourrait accomplir une activité de substitution à 80%. Quand bien même son avis diverge fortement des constatations faites par la Dresse K._____ et par le ministère du travail et des assurances sociales en Espagne, le médecin de l'office se contente de prendre position en la matière en une seule phrase: « Nach erfolgter Rehabilitation (1 Jahr) sind sitzende Tätigkeiten nun aber zu 80% möglich. » Le Dr L._____ ne motive ainsi en aucune façon son appréciation sur une question pourtant essentielle pour

l'issue de la présente cause, à savoir pour quelles raisons les affections dont souffre l'intéressé et son besoin de recourir à l'aide de tiers pour effectuer des actes ordinaires de la vie ne permettent de retenir qu'un taux d'incapacité pour activité de substitution de 20%. Le Tribunal de céans ne peut ainsi que constater que le devoir de l'expert de motiver dûment ses conclusions n'a pas été respecté en l'espèce et que son rapport médical du 18 novembre 2005 ne remplit pas les conditions posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; cf. aussi consid. 8.1 du présent arrêt) pour pouvoir porter un jugement valable sur le droit litigieux.

9.4 Par ailleurs, on cherche en vain dans le dossier de l'autorité inférieure des indices permettant de confirmer les conclusions du Dr L._____ quant au taux d'incapacité de travail de l'intéressé pour une activité de substitution. D'une part, la documentation médicale versée au dossier est très lacunaire en ce qui concerne les capacités fonctionnelles du recourant. En effet, le rapport médical du 15 octobre 2004 établi au centre hospitalier D._____ se contente de relever que l'intéressé peut se déplacer en chaise roulante et marcher à l'aide d'une orthèse (pce 27). D'autre part, aucun rapport neurologique et orthopédique détaillé n'a été requis. Quant au rapport détaillé E 213, il ne contient aucun élément objectif portant sur l'exigibilité d'une activité professionnelle de la part du recourant. La documentation médicale est ainsi insuffisante et doit être complétée.

9.5 De surcroît, il est à souligner que les rapports médicaux les plus récents au dossier datent d'octobre et novembre 2004 respectivement de janvier 2005 (pces 18, 27, 28). La décision attaquée, prononcée le 17 novembre 2006, a ainsi été prise sur la base d'une documentation médicale, d'ailleurs incomplète, qui remontait à déjà plus d'une année et demie.

9.6

En conséquence, le Tribunal de céans constate que les conclusions du médecin de l'office ne sont pas assez motivées et que la documentation médicale versée au dossier n'est pas suffisante respectivement trop ancienne pour juger valablement de l'atteinte à la santé du recourant, de sa capacité de travail adaptée à l'état de santé et de l'exigibilité d'une activité professionnelle. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour

instruction complémentaire à ce sujet comprenant toutes les expertises nécessaires, notamment une expertise neurologique et une expertise orthopédique. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise par l'OAIE.

10.

10.1 Indépendamment du fait que le recourant a eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est de toute façon pas perçu de frais de procédure en l'espèce. En effet, étant donné que le recourant a présenté son opposition à la décision de l'OAIE du 12 janvier 2006 au mois de février 2006 et que, par conséquent, la procédure d'opposition était pendante auprès de l'OAIE au moment de l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2006, de la modification de la LAI du 16 décembre 2005 (et notamment de son art. 69 al. 2), la procédure était gratuite pour celui-ci (cf. la let. b des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAI du 16 décembre 2005 concernant les mesures de simplification de la procédure en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI a contrario).

10.2

Le recourant ayant agi sans avoir eu recours à un avocat ou à un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (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]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision sur opposition du 17 novembre 2006 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

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

Expédition :