



---

Cour III  
C-5467/2014

## Arrêt du 22 mai 2017

---

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Daniel Stufetti, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
Espagne,  
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 1<sup>er</sup> septembre 2014).

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

Le ressortissant espagnol A. \_\_\_\_\_, né en 1957, a travaillé en Suisse durant les années 1975 et 1979-2006 dans la construction (pce 28 p. 2). Retourné en Espagne il travailla en dernier lieu comme maçon et marin pêcheur côtier indépendant (pce 18). En date du 4 juillet 2013 il déposa une demande de prestations d'invalidité suisse par le biais de l'organe de liaison espagnol (pce 1).

**B.**

L'Office de l'assurance invalidité pour les assurés domiciliés à l'étranger (OAIE) porta notamment au dossier les documents ci-après :

- un rapport médical établi le 2 juillet 2013 indiquant notamment un patient en situation d'incapacité de travail pour polyneuropathie, insuffisance vasculaire périphérique avec sympathectomie, EPOC (consommation excessive d'oxygène après exercice), HTA (hypertension artérielle), dyslipémie, éthylisme sans période d'abstinence, lombalgies depuis une année et demie, paresthésie aux deux mains, probable polyneuropathie de Guillain Barré (pce 10),
- un rapport médical E 213 daté du 20 septembre 2013 (pas d'indication de date d'examen) faisant état des antécédents d'insuffisance vasculaire périphérique avec sympathectomie en Suisse, EPOC, HTA, hypercholestérolémie, pas d'autres facteurs de risques vasculaires, tabagisme (30 cigarettes/j.), consommation d'alcool (3/4 l./j.), suspicion de radiculopathie S1, mononeuropathie multiple, indiquant les plaintes actuelles de paresthésie aux deux jambes de la taille vers le bas et aux mains depuis une année et demie se détériorant progressivement, indiquant une incapacité de travail depuis le 24 mai 2013, un état général acceptable, un éthylisme actif, pas de pathologie déclarée des appareils respiratoire, circulatoire, digestif, genito urinaire, l'examen neurologique montrant une colonne vertébrale sans donnée de radiculopathie active, une fonctionnalité conservée des extrémités supérieures, une bonne force manuelle, une sensation d'hypoesthésie subjective aux membres inférieurs, d'hypoesthésie tactile et algique (cuisses et pieds), une sensibilité aux vibrations et une force conservée, une mobilité et marche normale, l'absence de réflexe rotulien à droite et bicipital à droite, un faible réflexe rotulien à gauche, une lomboarthrose marquée avec une discrète spondylolisthésis avec spondylolyse L5-S1 et compromission des foramens (RMN lombaire 16.04.13), retenant le

diagnostic d'IVC qx. HTA, dyslipidémie (DLP), éthyliste chronique actif, lomboarthrose avec discret degré de spondylolisthésis avec spondylolyse L5-S1 et compromission foraminée (RMN avril/13), une polyneuropathie distale en probable relation avec la consommation d'alcool, relevant une pathologie chronique, notant une incapacité de travail totale dérivée d'une maladie commune pour la profession de maçon, les déficits fonctionnels d'hypoesthésie au niveau de la chaussette, relevant une souffrance radiculaire L5-S1 gauche (ENMG 11.07.12), des valeurs anormales d'examens de laboratoire (juin/13), indiquant la possibilité d'un travail léger sans devoir fréquemment porter et transporter des objets, ne nécessitant pas l'usage de rampe, escaliers et échelles, sans risque de chute, indiquant la possibilité d'un travail sur écran, d'un travail adapté à temps complet, mais plus l'ancienne activité de maçon et de marin pêcheur côtier (pce 5),

- un questionnaire à l'assuré daté du 27 décembre 2013 indiquant une formation primaire, une cessation d'activité professionnelle en décembre 2012 pour infirmité totale, l'ancienne activité de marin pêcheur côtier ayant été exercée d'octobre à décembre 2012 à plein temps (pce 9),
- une décision de la Sécurité sociale espagnole datée du 4 octobre 2013 reconnaissant l'intéressé en incapacité de travail totale en référence à l'activité de maçon (pour les motifs médicaux retenus dans le rapport médical du 2 juillet 2013) communiquée à l'intéressé en date du 21 octobre 2013 (pce 14),
- une documentation fiscale portant sur les années 2010-2012 (pce 18 p. 49 ss),
- deux questionnaires pour les indépendants datés du 5 février 2014 remplis pour les activités respectives de maçon et marin pêcheur présentant des réponses (ch. 7) apparemment non adéquates relativement aux activités qui seraient éventuellement toujours exercées (pce 18 p. 1-6),
- une prise de position du Dr B. \_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, du service médical régional (SMR) de l'OAIE, datée du 1<sup>er</sup> mars 2014, résumant le rapport E 213, retenant le diagnostic principal d'éthyliste chronique avec polyneuropathie et le diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies sur troubles dégé-

nératifs. Il indiqua que les informations neurologiques étaient insuffisantes et qu'un examen neuro-psychiatrique et orthopédique était nécessaire (pce 30).

### C.

L'OAIE requit en date du 6 mars 2014 une documentation complémentaire (rapports neurologique, psychiatrique et orthopédique) selon la demande du Dr B. \_\_\_\_\_ auprès l'INSS organe de liaison de la Sécurité sociales espagnole (pce 31). L'OAIE porta ainsi au dossier trois nouveaux documents ci-après envoyés le 19 mai 2014 (un rapport orthopédique ne fut pas porté au dossier) :

- un rapport neurologique du Dr C. \_\_\_\_\_, du 29 avril 2014, relevant après les antécédents connus un niveau de conscience et des fonctions cognitives adéquates, pas de dysarthrie, pas de nystagmus, un trophisme normal, une faiblesse douteuse de la flexion plantaire, une bonne force musculaire, un tonus normal, pas de tremblement, une sudation palmaire bilatérale, une réduction de la sensibilité tactile protopathique en l'extrémité inférieure droite, et interne (pallesthésie, baresthésie) aux deux membres inférieurs (normale aux extrémités supérieures), une hyporéflexie musculaire aux extrémités supérieures, une aréflexie aux extrémités inférieures, des réflexes plantaires indifférents, une légère astasie-abasie, un signe de Romberg ostensible, une marche ataxique d'aspect tabétique, avec aucun signe de la marche polynévritique, une incapacité d'effectuer une marche en tandem appropriée, des manœuvres de Lasègue et de Bragar sans douleurs, indiquant à l'appréciation une probable polyneuropathie de prédominance sensitive, qui compte tenu des antécédents serait une polyneuropathie alcoolique, évoquant un diagnostic différentiel et proposant diverses investigations et examens complémentaires (pce 34),
- un rapport psychiatrique du Dr D. \_\_\_\_\_, daté du 27 avril 2014, relevant un problème éthylique remontant à quelque 15 ans sans suivi psychiatrique, notant une consommation cachée journalière de 2 l./j. de vin, indiquant un aspect externe adéquat, un comportement adéquat, une lucidité conservée, une orientation dans l'espace et le temps conservée, une hypomnésie globale, une concentration normale, une faculté de compréhension, d'interprétation et de perception normale, pas de dépersonnalisation, un état affectif normothymique, un contact affectif adéquat, pas de labilité affective, pas de tendance suicidaire, un rythme cardiaque normal, une psychomotricité normale, un langage

normophasique, pas d'anosognosie, posant le diagnostic de dépendance alcoolique (F10.25), concluant à une incidence du status psychiatrique sur la capacité de travail de 15% (pce 35),

- une indication datée du 24 avril 2014 (signature par un simple visa) du constat suite à un EMG des extrémités supérieures et inférieures d'une spondylolisthésis et sévères paresthésies aux extrémités inférieures, d'un possible cadre de neuropathie alcoolique, préconisant un complément EMG des membres inférieurs et supérieurs (pce 33).

#### **D.**

Invité à se déterminer sur le dossier et la nouvelle documentation médicale reçue de l'INSS, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR, FMH médecine interne générale, dans son rapport du 15 juin 2014, rappela l'existence d'investigations pour une suspicion d'arthériopathie occlusive en 1999 sans traitement invasif invoqué, releva un status après sympathectomie pour insuffisance artérielle périphérique, nota un rapport rhumatologique du 2 juillet 2013 mentionnant une polyneuropathie dans le cadre d'un syndrome de Guillain Barré, résuma le rapport E 213 (cf. supra B) indiquant que selon ce rapport il y avait une incapacité pour les activités habituelle de l'intéressé (maçon, pêcheur), mais qu'une activité adaptée sédentaire restait possible.

Il releva, s'agissant des nouveaux rapports reçus, que le médecin psychiatre avait posé le diagnostic de dépendance alcoolique F10.25 avec une consommation journalière de 2 litres de vin et admis une incapacité de travail de 15% et que le médecin neurologue avait conclu à une polyneuropathie d'origine éthylique avec un diagnostic différentiel évoqué, l'examen clinique ayant retenu des troubles d'équilibre, une ataxie.

Il retint le diagnostic principal d'éthylisme chronique avec polyneuropathie et le diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies sur troubles dégénératifs. Furent indiquées sans répercussion sur la capacité de travail le status après sympathectomie, la broncho-pneumopathie chronique obstructive sur tabagisme important, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ indiqua une incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle dès le 20 septembre 2013 et dès cette date une incapacité de travail de 0% dans des activités de substitution. Il releva les limitations fonctionnelles spécifiques à prendre en compte dans une activité à plein temps de travail en position assise, sans travaux lourds, de périmètre de marche limité non en terrain irrégulier.

A l'appréciation du cas le Dr B. \_\_\_\_\_ indiqua que l'assuré souffrait d'une polyneuropathie des membres inférieurs dans le cadre d'un éthylysme chronique. Il nota que le diagnostic différentiel évoqué par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 avril 2014 avec des suggestions d'investigations complémentaires donneraient lieu à des examens dont les résultats ne modifieraient pas l'appréciation de la capacité de travail et permettraient uniquement d'exclure une origine de la polyneuropathie autre que l'alcool. Il nota que la limitation de la capacité de travail du point de vue psychiatrique restait marginale selon l'appréciation du spécialiste espagnol. Il releva que les troubles de la marche et de l'équilibre décrits étaient incompatibles avec les activités exercées habituellement mais que par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail restait entière, avis confirmé par l'INSS.

Il indiqua les activités de substitution suivantes compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré : ouvrier non qualifié / manoeuvre dans une usine / fabrique / production en général, concierge / gardien d'immeuble / de chantier, magasinier / gestion des stocks, réparation de petits appareils / articles domestiques (pce 37).

#### **E.**

En date du 1<sup>er</sup> juillet 2014 l'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité économique de l'assuré. Il retint comme base de calcul de l'activité sans invalidité celle, exercée principalement, de maçon indépendant avec une longue expérience. Il retint le salaire en Suisse mensuel brut d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) pour 40 h./sem. selon les statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ESS 2010, branche 43 Travaux de construction spécialisés, de 5'559.- francs par mois, soit 5'753.57 francs pour 41.4 h./sem. (selon l'horaire hebdomadaire usuel de la branche en 2010). S'agissant de la détermination du salaire avec invalidité, il retint les revenus pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) pour 40 h./sem. des branches 10 Industries alimentaires (Fr. 4'757.-), 14 Industrie de l'habillement (Fr. 4'487.-), 15 Industrie du cuir et de la chaussure (Fr. 4'176.-), 96 Autres services personnels (Fr. 4'256.-), 46 Commerce de gros (Fr. 4'869.-), 95 Réparation de biens pers. et domestiques (Fr. 3'672.-), soit en moyenne 4'369.50 francs pour 40 h./sem. et 4'544.28 francs pour 41.6 h./sem. selon l'horaire usuel du secteur privé en 2010. Compte tenu de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, en particulier les limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, l'âge (56 ans en 2013) et le manque de formation, l'OAIE retint un abattement de 20% sur le salaire d'invalidé ressortant des statistiques, soit

3'635.42 francs, établissant la perte de gain  $([5'753.57 - 3'635.42] \times 100 : 5'753.57 = 36.81\%)$  à 37% dès le 20 septembre 2013 (pce 38).

#### **F.**

Par projet de décision du 2 juillet 2014 l'OAIE informa l'assuré que sa demande de prestations était rejetée. Il indiqua après l'exposé des conditions du droit à la rente qu'il était ressorti de son dossier qu'il existait une atteinte à la santé qui provoquait les limitations fonctionnelles d'activité légère avec marche limitée sur terrain plat et que si l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée en tant que pêcheur et maçon était de 80%, en revanche l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles était de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 37%. Il précisa que si les séquelles de la polyneuropathie des membres inférieurs ne permettaient plus d'exercer sa dernière activité, elles restaient compatibles avec une activité respectant ses limitations mentionnées ci-dessus (pce 39). L'assuré ne s'étant pas opposé à ce projet de décision dans le délai imparti de 30 jours à compter de sa réception, l'OAIE lui notifia la décision de rejet en date du 1<sup>er</sup> septembre 2014 (pce 40).

#### **G.**

**G.a** Par acte daté du 28 août 2014, posté le 30 août suivant et parvenu à l'OAIE le 5 septembre suivant, l'intéressé indiqua contester le rejet de sa demande de prestations. Il fit valoir être âgé de 57 ans et souffrir d'hypertension artérielle, dyslipidémie, lombarthrose avec spondylolisthésis et compromission foraminée L5-S1, polyneuropathie distale aux membres inférieurs et supérieurs. Il indiqua être reconnu en invalidité totale en Espagne, que sa polyneuropathie, lésion permanente, affectait actuellement ses membres tant inférieurs que supérieurs, qu'il ne pouvait exercer quelque activité vu ses limitations fonctionnelles s'aggravant et incompatibles avec toutes activités. Il nota vu sa formation scolaire limitée, son milieu marinier et rural, n'avoir aucune chance de trouver un travail rémunéré. Il souligna avoir une capacité de travail nulle en raison de ses atteintes aux membres supérieurs et inférieurs. Il joignit à l'appui de sa demande de rente un rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en valorisation de l'incapacité et médecine du travail, daté du 28 août 2014. Dans ce rapport le Dr E. \_\_\_\_\_, après un rappel de la documentation médicale à disposition et des antécédents connus (évoqués supra), nota à l'examen clinique une constitution dans la norme, une altération de la marche (marche ataxique & stepagge), une marche en tandem impossible, un Romberg po-

sitif, une hyporéflexie musculaire des extrémités supérieures et une aréflexie des membres inférieurs, une diminution de la sensibilité des membres inférieurs, une force diminuée aux extrémités supérieures. A l'appréciation le Dr E. \_\_\_\_\_ nota qu'en raison de la polyneuropathie distale des extrémités inférieures et de l'éthylisme chronique retenus par la Sécurité sociale espagnole complétée nouvellement de la polyneuropathie au niveau des extrémités supérieures constatée par le Dr C. \_\_\_\_\_ avec une perte de la force de préhension aux deux membres supérieurs, il y avait lieu de de retenir une incapacité de travail supérieure à 80% et, compte tenu de la formation scolaire de l'intéressé, que ses chances de trouver un emploi rémunéré étaient nulles, que son invalidité devait être considérée comme totale. Il confirma les diagnostics précédemment posés (pce 41).

**G.b** Par acte du 12 septembre 2014 l'OAIE informa l'assuré que ses observations étaient parvenues hors le délai pour les formuler et qu'en l'occurrence, la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2014 ayant été notifiée, il lui appartenait de se conformer aux moyens de droit indiqués dans la décision s'il n'était pas d'accord avec celle-ci (pce 45).

#### **H.**

Par acte du 22 septembre 2014 l'intéressé interjeta recours auprès du Tribunal de céans reprenant le contenu de son écriture du 28 août 2014 accompagné du rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ du 28 août 2014. Il joignit de plus un rapport médical du 22 septembre 2014 de la Dre F. \_\_\_\_\_, neurologie. Dans ce rapport, établi au motif d'une instabilité à la marche, ce médecin releva notamment à l'examen clinique une force conservée au niveau des membres supérieurs avec une faiblesse de la flexion extension des deux poignets, des manœuvres de la pince et de la flexion des doigts, une faiblesse dans la flexion des deux hanches et plantaire bilatérale, des réflexes musculaires aux extrémités supérieures, une aréflexion rotulienne bilatérale et achillienne droite, une hypoesthésie vibratoire aux extrémités inférieures, une anesthésie arthrocinétique aux deux pieds, une marche dysmétrique talon-genoux bilatérale, une ataxie de la marche prononcée, l'impossibilité d'effectuer une marche en tandem, une marche debout sur les deux pieds instable, un appui unilatéral à la marche. Le rapport nota des examens en cours afin de déterminer les causes des atteintes et conclut à l'existence d'un cadre progressif d'ataxie à la marche de probable origine multifactorielle en cours d'examen avec recommandation d'abstinence d'alcool et de tabac (pce TAF 1).

**I.**

Par réponse au recours du 6 novembre 2014 l'OAIE en proposa le rejet et la confirmation de la décision attaquée. Il indiqua que le recourant invoquait une incapacité de travail même dans d'autres domaines d'activité que les siens en raison de son état de santé, faisait valoir son faible niveau de formation, une région économique peu favorable et être reconnu invalide en Espagne, ce dernier grief n'étant pas déterminant. Sur le plan médical l'OAIE indiqua que le recourant présentait une incapacité de travail de 80% dans sa dernière activité comme maçon dès le 20 septembre 2013 au vu de son état de santé, en particulier de ses troubles de la marche et de l'équilibre, mais que dès cette même date il était cependant médicalement capable d'exercer une activité plus légère comme par exemple concierge ou magasinier à plein temps, appréciation confirmée par le médecin consulté en procédure de recours au vu une nouvelle fois de l'ensemble du dossier et de la nouvelle documentation apportée. Il releva que sa perte de gain se montant à 38%, ce taux n'ouvrait pas droit à une rente et précisa que l'assurance-invalidité ne prenait pas en charge l'incapacité de gain pour d'autres motifs que ceux liés à une invalidité, comme une situation du marché du travail défavorable, l'âge, etc. (pce TAF 4).

Dans sa prise de position du 29 octobre 2014 à l'adresse de l'OAIE, le Dr B. \_\_\_\_\_, du SMR, releva que le rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ du 28 août 2004 n'apportait pas d'informations médicales inconnues, l'examen confirmant la présence d'une polyneuropathie et la présence d'un éthylisme chronique grave. Il nota que le rapport ne précisait pas en quoi consistaient les limitations fonctionnelles qui empêchaient une activité adaptée. Il releva que le rapport indiquait que les chances réelles pour l'intéressé de trouver un travail rémunéré étaient nulles en fonction de son état intellectuel et de l'entourage dans lequel il vivait, mais que ces arguments n'étaient médicalement pas valables, étant des considérations socio-économiques. S'agissant du rapport de la Dre F. \_\_\_\_\_ du 22 septembre 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ indiqua que ce rapport faisait état d'examens complémentaires mais n'apportait pas d'explications aux symptômes en dehors de l'éthylisme. Il rappela qu'établir des examens complémentaires pour établir un diagnostic différentiel ne permettait pas de modifier l'examen clinique qui indiquait les limitations fonctionnelles, les résultats des examens ne permettant pas de modifier l'appréciation médicale de la capacité de travail. Il conclut qu'il n'y avait pas d'arguments pour modifier sa prise de position antérieure (pce 52).

**J.**

Par décision incidente du 18 novembre 2014 le Tribunal de céans invita le

recourant à effectuer une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 5 s.).

#### **K.**

Par ordonnance du 12 décembre 2014 le Tribunal de céans communiqua au recourant la réponse au recours de l'OAIE du 6 novembre 2014 et l'invita à déposer une réplique (pce TAF 7).

#### **L.**

Par acte daté du 8 janvier 2015 le recourant maintint son recours. Il contesta la possibilité pour lui d'exercer une activité adaptée comme concierge ou magasinier présentée comme adéquate par l'autorité inférieure compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Décrivant les activités de concierge et de magasinier, il indiqua qu'elles n'étaient pas appropriées pour une personne atteinte de polyneuropathie distale aux extrémités inférieures et supérieures, avec d'importants problèmes au niveau des pieds comme la documentation médicale en faisait état. Il souligna que ces pathologies allaient en s'aggravant et ne lui permettaient pas d'exercer quelque activité, qu'en l'occurrence son incapacité de travail était de 100%. Il joignit à sa réplique un extrait (p. 3 de 3) d'un rapport médical du 16 décembre 2014 (non signé) du CHU de Santiago de Compostelle (pce TAF 8).

L'extrait précité joint indiqua dans le cadre de l'évaluation clinique une dégénérescence combinée subaiguë chez un patient avec antécédent d'éthylisme chronique, un status neurologique cliniquement stable, indiquant une légère faiblesse du mouvement de pince, prédominante à droite 4+/5, une faiblesse de flexion des deux hanches 4/5, une force conservée dans les autres groupes, un réflexe bicipital présent, une aréflexie des membres inférieurs, une hypoesthésie tactile, algique en gant et chaussette, une altération de la sensibilité vibratoire et arthrocinétique des membres inférieurs, un appui unilatéral à la marche avec légère élévation de la base du support. Au nombre des examens cliniques réalisés sont à relever une IRM cérébro-cervicale avec indication d'atrophie cérébrale corticale, données compatibles avec une dégénérescence combinée subaiguë, un CT-scan thoraco-abdominal sans indice de pathologie tumorale, un ENMG sans indice de polyneuropathie sensorimotrice, des données indicatives d'une radiculopathie en L5 gauche. Le rapport se conclut par un réexamen à 6 mois et une invitation à éviter l'alcool et si possible les graisses (annexe à la pce TAF 8, trad. pce 13).

**M.**

Par ordonnance du 16 janvier 2015 le Tribunal de céans porta à la connaissance du recourant la prise de position du service médical de l'OAIE du 29 octobre 2014 et lui donna la possibilité de compléter, par rapport à la prise de position du Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR de même date, sa réplique du 8 janvier 2015 (pce TAF 9).

Le recourant fit valoir par acte du 10 février 2015 que ses limitations fonctionnelles n'étaient pas dues à sa consommation d'alcool, que la dégénération lombaire dont il souffrait n'était en aucun cas la conséquence de sa consommation d'alcool, qu'en l'occurrence, si d'autres atteintes y étaient liées, celles de lomboarthrose avec spondylolisthésis et compromission foraminée L5-S1, champs dégénératifs de la colonne cervicale basse, limitations sévères pour se lever et marcher, diminution de la sensibilité tactile ne l'étaient nullement. Il indiqua qu'il était évident qu'aucune personne atteinte desdites limitations pouvait exercer une activité rémunérée (pce TAF 10).

**N.**

Par duplique du 12 mars 2015 l'OAIE maintint sa détermination antérieure se référant à la prise de position de son service médical du 6 mars 2015. Dans celle-ci le Dr B. \_\_\_\_\_ releva que le document ne mettait pas en évidence une autre pathologie inconnue et que du point de vue médical il n'y avait aucun élément nouveau permettant de modifier sa prise de position antérieure. Il souligna que les troubles neurologiques des membres inférieurs résultaient d'une polyneuropathie éthylique et n'étaient pas une suite de l'atteinte dégénérative lombaire et indiqua que l'atteinte du rachis lombaire restait sans aucun doute compatible avec une activité de substitution telle que définie.

**O.**

Par ordonnance du 23 mars 2015 le Tribunal de céans porta à la connaissance du recourant la duplique de l'OAIE et l'invita à formuler d'éventuelles remarques (pce TAF 17). Par acte du 23 avril 2015 le recourant maintint ses conclusions, relevant que les actes médicaux produits ne faisaient pas de la consommation d'alcool l'origine de ses atteintes à la santé (pce TAF 18).

**P.**

Par ordonnance du 6 mai 2015 le Tribunal de céans mit un terme à l'échange des écritures (pce TAF 19).

**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> janvier 2014 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande de prestations d'invalidité déposée le 4 juillet 2013 [pce 1]) jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 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 (ATF 138 V 206 consid. 6). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; THOMAS HÄBERLI, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensrecht, 2<sup>e</sup> éd. 2016, art. 62 n° 43), 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). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102 ; arrêt du TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1).

### 3.

**3.1** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant 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, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit interne suisse. En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4).

**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 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 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 sa capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles malgré l'atteinte à la santé.

#### **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** 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).

**6.3** 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); 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'impotence; 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);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**6.4** 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).

**6.5** 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.

## 7.

**7.1** Le recourant a travaillé en dernier lieu en Espagne comme marin pêcheur côtier, mais son activité déterminante pour l'évaluation de son invalidité économique est celle de maçon qu'il a exercé plus de 30 ans en

Suisse et en tant qu'indépendant en Espagne. Il a cessé toute activité en décembre 2012. Le 4 juillet 2013 il déposa une demande de rente d'invalidité (pce 1).

**7.2** 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. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1) avec les sous variantes de la méthode de comparaison en pourcent quand les revenus à comparer ne peuvent être déterminés avec précision et doivent dès lors être estimés selon les circonstances du cas particulier et les valeurs approchantes inférées comparées (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références), de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; arrêt du TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 s. ; infra 7.3 , méthode appliquée notamment aux indépendants) et de mise en parallèle de revenus si l'assuré valide s'est contenté d'un gain modeste (ATF 135 V 58 consid. 3.1, ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; sur ces méthodes voir ég. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2040 ss, 2060 ss).

**7.3** Dans les cas où on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus avant et après invalidité (cf. arrêt du TF 9C\_236/2009 cité consid. 3.2) il faut en s'inspirant de la méthode spécifique pour personne sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, ). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon

lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références; arrêt du TF 9C\_236/2009 cité consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., n° 2183). Le revenu sans invalidité est déterminé en tenant compte de l'évolution de l'activité que l'assuré aurait exercée sans l'atteinte à la santé, eu égard à ses compétences professionnelles et personnelles, au type d'activité, à la situation économique et au développement de l'entreprise. Les revenus ou les résultats d'exploitation moyens d'entreprises semblables peuvent servir de base pour évaluer le revenu hypothétique (arrêts du TF 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3 et les références; MEYER/REICHMUTH, op. cit., p. 307).

Toutefois, si l'intéressé a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas-là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (VALTERIO, op. cit. n° 2184; arrêt du TF I 499/02 du 17 juin 2003 consid. 6, I 842/05 du 1<sup>er</sup> juin 2006 consid. 5.2.2 et les références). In casu il peut être retenu que l'intéressé n'exerce plus son ancienne activité de maçon, ni celle de marin pêcheur.

**7.4** Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, telle la méthode spécifique pour les personnes sans activité lucrative et la méthode extraordinaire applicable aux indépendants, 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 LPG) 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).

**7.5** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour

quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

## 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. La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI).

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 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 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** 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. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présume 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).

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).

**8.3** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 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, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C\_555/2015 du 23 mars 2016 consid 5.2). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. VALTERIO, op. cit. n° 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

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

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice

concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – 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).

Quant aux 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 précité 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 ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

**8.5** Dans le domaine des assurances sociales, l'administration, et le cas échéant le Tribunal, fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références).

## **9.**

Est litigieuse la question du droit à une rente d'invalidité en faveur de l'intéressé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 compte tenu du dépôt de la demande

de prestations d'invalidité du 4 juillet 2013 auprès de l'INSS (cf. supra A et consid. 6.5).

## 10.

**10.1** L'OAIE fonda le rejet de rente dans sa décision du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au motif qu'il était apparu du dossier qu'il existait une atteinte à la santé qui provoquait des limitations fonctionnelles imposant une activité légère avec marche limitée sur terrain plat et que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée en tant que pêcheur et maçon était de 80%, mais qu'en revanche l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées était de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 37%. Il précisa que si les séquelles de la polyneuropathie des membres inférieurs ne permettaient plus d'exercer sa dernière activité, elles restaient compatibles avec une activité respectant les limitations mentionnées ci-dessus (cf. supra F). Cette décision s'est appuyée principalement sur la prise de position du Dr B.\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, du SMR, du 15 juin 2014, qui s'est déterminé après un complément de documentation médicale requis (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mars 2013) sur les plans neurologique, neuro-psychiatrique et orthopédique, mais cependant sans avoir obtenu de rapport orthopédique. Ce médecin retint une polyneuropathie d'origine alcoolique générant une instabilité à la marche nécessitant vu les limitations fonctionnelles un travail en position assise sans travaux lourds avec un périmètre de marche limité, pas en terrain irrégulier. Il releva sur le plan psychique que le médecin psychiatre espagnol n'avait retenu des atteintes qu'ayant une incidence marginale de 15%. Sur la base de son diagnostic et des limitations fonctionnelles retenues, il indiqua comme adaptées les activités d'ouvrier non qualifié / manœuvre dans une usine / fabrique / production en général, de concierge / gardien d'immeuble / de chantier, magasinier / gestion des stocks, réparation de petits appareils / articles domestiques (cf. supra D). Sur ces propositions d'activités l'OAIE effectua une évaluation économique de l'invalidité prenant en compte principalement des activités notamment en position assise qui demande une pleine mobilité des membres supérieurs et en plus des activités telles le commerce de gros et les services personnels (cf. supra E). Dans sa réponse au recours l'OAIE souligna que malgré les atteintes à la santé de l'intéressé celui-ci était en mesure d'exercer des activités plus légères comme concierge ou magasinier à plein temps (cf. supra I).

**10.2** L'intéressé s'opposa au rejet de prestations de l'AI en un premier temps à la suite du projet de décision mais ses déterminations parvinrent

à l'OAIE peu après le prononcé de la décision de sorte que ses déterminations furent reprises en procédure de recours. Il indiqua notamment souffrir de lombarthrose avec spondylolisthésis et compromission foraminée L5-S1, polyneuropathie distale aux membres inférieurs et supérieurs. Il souligna que vu que sa polyneuropathie affectait tant ses membres inférieurs que supérieurs il ne pouvait exercer quelque activité rémunérée que ce soit, ce d'autant plus vu sa formation scolaire limitée et son milieu rural. A l'appui de ses allégués il joignit un rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ faisant état non seulement de la polyneuropathie distale affectant les membres inférieurs mais aussi de la polyneuropathie au niveau des extrémités supérieures constatée par le Dr C. \_\_\_\_\_ avec une perte de la force de préhension aux deux membres supérieurs. Il se référa également à un rapport médical de la Dre F. \_\_\_\_\_ qui, en plus de relever les atteintes connues aux membres inférieurs et le diagnostic d'existence d'un cadre progressif d'ataxie à la marche, nota une force conservée au niveau des membres supérieurs mais indiqua une faiblesse de la flexion extension des deux poignets, des manœuvres de la pince et de la flexion des doigts. Dans ses écritures ultérieures il souligna le caractère incompatible de l'activité de concierge et de magasinier avec ses atteintes à la santé vu ses atteintes au niveau des membres inférieurs. Il s'appuya également sur un document médical du CHU de Santiago de Compostelle (p. 3 de 3 non daté, non signé, mais indubitablement le concernant vu son nom indiqué) indiquant entre autres constatations un status neurologique cliniquement stable, une légère faiblesse du mouvement de pince, prédominant à droite 4+/5, une hypoesthésie tactile, algique en gant et chaussette, une altération de la sensibilité vibratoire et arthrocinétique des membres inférieurs, une indication selon une IRM cérébro-cervicale d'atrophie cérébrale corticale, données compatibles avec une dégénérescence combinée subaiguë, des données indicatives d'une radiculopathie en L5 gauche (cf. supra L). Enfin il releva que les actes produits ne faisaient pas de la consommation d'alcool l'origine de ses atteintes à la santé (cf. supra O).

## 11.

**11.1** L'assuré présente des atteintes à la santé au niveau neurologique, affectant indubitablement ses membres inférieurs et selon certaines pièces au dossier ses membres supérieurs, orthopédique, affectant son dos au niveau lombaire, et psychiatrique, dans une mesure appréciée marginale dans le rapport du médecin psychiatre espagnol. L'intéressé souffre également d'alcoolisme. Bien qu'il estime que cette addiction ne soit pas à l'origine de ses atteintes à la santé ayant une incidence sur sa capacité de

travail (cf. supra O), cette addiction objectivement importante est une composante de l'appréciation de son état de santé au regard de l'AI.

**11.1.1** Selon la jurisprudence constante concernant les dépendances similaires que sont l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; pour des exemples, cf. arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2.1). Pour évaluer si cette condition est réalisée, la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (arrêt du TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2).

Sous l'angle psychiatrique, pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt du TF I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; 9C\_960/2009 loc. cit. ; VALTERIO, op. cit., n° 1195 ; ; pour des exemples, cf. arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2.1).

Sous l'angle somatique une dépendance à des substances/produits toxiques comme l'alcool ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité, on l'a indiqué, lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (cf. p. ex. arrêt du TF I 396/05 du 15 juin 2006 consid.

4.2 s. en relation avec les atteintes de *cirrhose hépatique* d'origine alcoolique, de *varices œsophagiennes* de premier degré; arrêt du TF I 645/03 du 22 décembre 2004 consid. 4 en relation avec les atteintes de *polyneuropathie toxique* des membres inférieurs sur consommation d'alcool, d'hépatopathie d'origine alcoolique, d'emphysème pulmonaire probable sur tabagisme ; arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2 en relation avec les atteintes *lésion organique du cerveau, de déficit mnésique et des fonctions cognitives*, de polyneuropathie ; arrêt du TF 9C\_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2 en relation avec des *limitations cognitives, une atrophie du lobe temporal [cf. aussi : atrophie cérébrale corticale]*).

**11.1.2** On ne saurait cependant admettre une invalidité lorsqu'il apparaît que, moyennant abstinence, l'assuré serait à même de recouvrer une capacité de travail excluant l'octroi d'une rente (cf. arrêt du TF 9C\_51/2007 du 29 octobre 2007 consid. 5.3).

**11.2** Selon l'art. 43 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA l'assureur a la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. 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. 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. Il sied de rappeler que 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 ; cf. supra consid. 8.1). En l'espèce le dossier n'a été soumis qu'à l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, du SMR qui, alors que le dossier présente des atteintes à la santé ne concernant pas sa spécialisation, n'a pas requis l'avis de confrères du SMR pour fonder son appréciation. Par ailleurs, appréciant à juste titre en un premier temps sur dossier la nécessité de disposer d'un rapport orthopédique au vu des atteintes lombaires le Dr B.\_\_\_\_\_, n'ayant pas reçu ce rapport de l'OAIE, respectivement de l'INSS, se prononça sur le dossier sans en avoir les éléments nécessaires. On peut sans nul doute relever qu'un rapport orthopédique était nécessaire et aurait permis vu l'indication au dossier de lombarthrose marquée et compromission des foramens (RMN du 16 avril 2013) de tempérer

les propositions d'activités de substitution eu égard également à la polyneuropathie distale retenue par lui-même aux membres inférieurs donnant lieu à une ataxie. La prise de position du SMR ayant été formellement viciée par une attribution pour appréciation et une acceptation de mandat non effectuées legis artis, le recours peut déjà pour ce motif être admis.

**11.3** Sur le plan neurologique le Dr B. \_\_\_\_\_, n'a pris en compte sous l'angle médical que les atteintes à la santé des membres inférieurs. Il n'a pas pris en compte les atteintes invoquées au niveau des membres supérieurs sans qu'il ne se soit prononcé à ce sujet permettant de comprendre pour quelles raisons l'assuré serait alors en mesure d'effectuer toutes activités à une cadence industrielle avec les membres supérieurs, alors qu'ont été relevé par les Drs E. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ une perte de la force de préhension aux deux membres supérieurs et par la Dre F. \_\_\_\_\_ une faiblesse de la flexion extension des deux poignets, des manœuvres de la pince et de la flexion des doigts. Par ailleurs les limitations fonctionnelles (travail en position assise sans travaux lourds, périmètre de marche limité, pas en terrain irrégulier) que le Dr B. \_\_\_\_\_ retient compte tenu des atteintes aux membres inférieurs ne sont pas en adéquation avec une partie de ses propositions de travail avec invalidité. Il n'est en effet pas possible de suggérer une activité de concierge (relevée encore dans la réponse au recours de l'OAIE comme exemplative d'un travail adapté [supra I] avec celle de magasinier) et de gardien de chantier à une personne atteinte de polyneuropathie distale avec ataxie et anesthésie arthrocinétique aux deux pieds, hypoesthésie au niveau de la chaussette, vu les risques majeurs non seulement de chutes mais aussi de blessures aux pieds non ressenties avec complications graves potentielles. Ce qui interdit les activités sur sols accidentés tels ceux de chantiers de construction (nécessité de parcourir les chantiers généralement d'une certaine importance si un gardien est engagé sur différents niveaux sans ascenseur en fonction) pour en surveiller les accès et les présences indues mais aussi les activités de concierge professionnel (poste nécessairement à un taux d'activité important pour être retenu par l'AI) qui suppose un travail de la cave aux combles d'une personne ayant une bonne mobilité ne pouvant exercer cette activité en position principalement assise. S'agissant de l'activité de magasinier à un poste exercée professionnellement, mise à part celle qui serait exercée derrière un écran (l'intéressé paraît ne pas en avoir les compétences), on ne voit pas comment une personne devant exercer son travail en position assise avec un périmètre de marche limité pourrait l'exercer.

Enfin, dans la mesure où les atteintes neurologiques aux membres supérieurs sont effectives, ce qui sur la base des avis médicaux au dossier paraît l'être mais non avec une certitude absolue, l'évaluation économique de l'invalidité (cf. supra E) qui se fonde principalement sur des activités dans l'industrie et la production (en position assise possible) avec usages des membres supérieurs n'est pas adéquate.

**11.4** Sur le plan orthopédique, comme il l'a été relevé, alors que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait à juste titre sollicité un rapport orthopédique dans sa prise de position du 1<sup>er</sup> mars 2014, il a renoncé à ce rapport selon les actes à disposition, non envoyé par l'INSS, dans son appréciation sur dossier des atteintes à la santé de l'intéressé, sans en indiquer les motifs. Or précisément il appert du dossier une lombarthrose marquée avec spondylolysthésis, compromission foraminée L5-S1 et suspicion de radiculopathie en S1. Par ailleurs, comme également relevé, il est possible que le rapport orthopédique aurait fait un lien avec les atteintes neurologiques qui aurait été utile à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Manque qui, on l'a relevé, a donné lieu à une appréciation par le Dr B. \_\_\_\_\_ et le service d'évaluation économique de l'invalidité de l'OAIE que le Tribunal de céans ne peut suivre. En renonçant à ce rapport le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est privé d'un rapport essentiel à son mandat avec un confrère orthopédiste du SMR d'appréciation sur dossier, de sorte que le dossier n'a pas été apprécié *lege artis*. Il sied de rappeler que la valeur probante des rapports sur dossier 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 au dossier sur lesquels les médecins du SMR doivent se fonder (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).

**11.5** Sur le plan psychique il appert que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, du 27 avril 2014, bien que très synthétique, posant le diagnostic de dépendance

à l'alcool (F10.25) avec une incapacité pour le travail évaluée à 15%, est probant. Il n'y a pas d'élément au dossier qui le contredise. Le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue, du 29 avril 2014, produit par l'assuré, relève aussi en quelques lignes un niveau de conscience et des fonctions cognitives adéquates, pas de dysarthrie, pas de nystagmus. La problématique de l'éthylisme est posée et relevée objectivement importante par le Dr D.\_\_\_\_\_. Si à la date de l'examen clinique le Dr D.\_\_\_\_\_ a pu apprécier que cette problématique n'avait qu'une incidence marginale sur la capacité de travail de l'intéressé, il sied toutefois de prendre en compte qu'une telle problématique peut rapidement évoluer et qu'une évaluation à temps rapprocher s'impose. Il y a par ailleurs lieu de relever que le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé une hypomnésie générale (trouble de la mémoire avec une faiblesse générale des capacités mnésiques) qui avec le temps a pu s'accroître. Il sied aussi de rappeler qu'une grande partie des atteintes à la santé de l'intéressé ont pour origine un abus d'alcool et dont l'alcool n'est pas étranger à la polyneuropathie dont souffre l'intéressé. Aussi il sied de relever que le rapport du CHU de Santiago de Compostelle du 16 décembre 2014 indique selon une IRM cérébrocervicale une indication d'atrophie cérébrale corticale, données compatibles, avec une dégénérescence combinée subaiguë (cf. supra L).

## 12.

Vu ce qui précède, l'état de santé de l'intéressé n'ayant pas été établi legis arte et ses limitations fonctionnelles, dans la mesure où elles ne s'avèreraient qu'être délimitées aux membres inférieurs, ayant été retenues de façon contradictoire et arbitraire, il se justifie d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le renvoi est indiqué en l'espèce en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (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).

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente à compter 1<sup>er</sup> avril 2014, l'autorité inférieure actualisera le dossier

médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'assuré et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé somatique et psychique y compris l'incidence des effets somatiques et psychiques de l'abus chronique d'alcool ainsi que les incidences des autres atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGa). Elle sollicitera pour ce faire une expertise en Suisse comprenant les volets neurologique, psychiatrique (si nécessaire avec un volet neuropsychologique) et orthopédique. Elle requerra des experts neurologue et psychiatre une prise de position étayée conciliée de la problématique de l'alcoolisme dont souffre l'intéressé et de ses effets neurologiques, psychiques et neuropsychologiques, dont le caractère actuel de l'exigibilité d'une abstinence compte tenu de la pathologie existante, afin que puisse être déterminée dans quelle mesure l'addiction en question influe sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. La coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité. Les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'examens effectués selon le principe d'économicité (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3).

**12.1** Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6).

**12.2** Vu l'issue du recours il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA). L'avance de frais de 400.- francs fournie par le recourant en cours de procédure lui est restituée.

### **13.**

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, ATF 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C\_846/2015 consid. 3 et 9C\_654/2009 consid. 5.2). Selon l'art.

14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2<sup>e</sup> phr.).

En l'espèce, le recourant a interjeté recours par lui-même sans se faire représenter mais il appert des écritures qu'il a eu recours aux services d'un professionnel du droit et qu'il a dû requérir des rapports médicaux afin d'étayer son recours. Il a concrètement eu des frais indispensables et relativement élevés au sens de l'art. 64 al. 1 PA. A ce titre il se justifie de lui accorder une indemnité de dépens ex aequo et bono de 1'000.- francs non soumise à la TVA (art. 1<sup>er</sup> et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure.

(Le dispositif figure sur la page suivante)

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

**1.**

Le recours est partiellement admis. La décision de l'OAIE du 1<sup>er</sup> septembre 2014 est annulée.

**2.**

Le dossier est renvoyé 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. L'avance de frais de 400.- francs perçue en cours de procédure du recourant lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 1'000.- francs à charge de l'autorité inférieure.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (Recommandé, n° de réf. \_)
- 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 :