



---

Cour III  
C-5861/2012

## Arrêt du 23 janvier 2014

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Daniel Stufetti, David Weiss, juges,  
Audrey Bieler, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, Espagne  
représenté par Maître José Nogueira Esmorís, avocat,  
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 (décision du 1<sup>er</sup> octobre 2012).

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissant espagnol, marié et père de deux enfants, né le [...] 1954, sans formation, a travaillé en Suisse 21 mois entre 1982 et 1985 dans le domaine de la construction, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pces 2, 12 à 19, et 60). En Espagne, l'assuré travaille notamment en tant qu'agriculteur indépendant du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 3 septembre 2010 date à laquelle il cesse son activité en raison de maladie. Suite à la reconnaissance de son invalidité permanente par la sécurité sociale espagnole, sa femme reprend l'entreprise agricole le 11 juin 2011 (pces 3, 20, 21.1, 31 et 39).

**B.**

Le 18 mai 2011 (pce 1), A.\_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), par l'intermédiaire de l'Institut national de sécurité sociale espagnole (INSS). Celui-ci, au bénéfice d'une pension espagnole depuis le 10 juin 2011 (cf. la décision de l'INSS; pces 22 à 22.3), argue être incapable de travailler depuis le 3 septembre 2010 en raison d'une sténose du canal rachidien avec souffrance radiculaire bilatérale en L5-S1 entraînant une claudication lombaire, ainsi qu'en raison d'une cardiopathie ischémique avec angor instable survenue en mars 2011 et d'une maladie coronarienne d'un vaisseau traitée par triple stents. Dans le cadre de cette procédure sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport neurophysiologique du 21 juin 2010, indiquant que l'assuré, qui se plaint de lombosciatalgies bilatérales irradiantes principalement dans le membre inférieur gauche, présente une souffrance radiculaire bilatérale en S1 avec de nombreux signes de dénervation active des muscles y afférant, ainsi qu'une atteinte radiculaire bilatérale en L5 avec quelques signes de dénervation active uniquement à gauche (pce 33);
- des résultats radiologiques de la colonne lombaire du 25 août 2010, faisant état d'une sténose sévère acquise de nature dégénérative au niveau du foramen de la conjonction gauche en L5-S1 (pce 34);
- un bref rapport orthopédique du complexe hospitalier universitaire de X.\_\_\_\_\_, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, faisant état d'un examen du 29 novembre 2010 dont il ressort que l'assuré se plaint d'un syndrome douloureux de la colonne lombaire avec irradiation dans les

extrémités inférieures, ainsi que de claudication après 500 mètres de marche; lors de l'examen, est relevé une démarche normale sans claudication, l'absence de paresthésies, ainsi qu'une attitude scoliotique avec déséquilibre lombaire et une hyporéflexie généralisée; des radiographies, il ressort que l'assuré présente une sévère sténose dégénérative avec une notable compromission du foramen en L5-S1 (pce 35);

- un rapport neurophysiologique du 16 décembre 2010, établi par la Dresse C.\_\_\_\_\_, indiquant que les données électro diagnostiques sont compatibles avec une affection radiculaire L5-S1 bilatérale avec des signes de dénervation active des muscles concernés (pce 36);
- un bref rapport orthopédique du complexe hospitalier universitaire de X.\_\_\_\_\_ établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, faisant état d'un examen du 2 mai 2011 mentionnant que l'assuré présente une radiculopathie en L5-S1 bilatérale avec des signes de dénervation active et qu'une approche chirurgicale devra être examinée dans six mois, l'assuré ayant été admis pour angine instable (pce 35);
- un questionnaire pour agriculteur rempli le 28 novembre 2011 par l'assuré qui déclare exploiter du terrain destiné à l'élevage de bovins (7 têtes), ainsi qu'à la culture de la pomme de terre et du maïs (40'000 m2 d'herbage-pâturage, 38'000 m2 de labourage et 18'000 m2 de forêt); il mentionne avoir travaillé en tant qu'indépendant 40 heures par semaine jusqu'au 3 septembre 2010 et avoir transmis l'exploitation à sa femme officiellement le 11 juin 2011 après la reconnaissance de son invalidité en Espagne (pce 31); à cette occasion l'assuré joint ses déclarations d'impôts des années 2008, 2009 et 2010, desquelles il ressort un revenu annuel de EUR 16'342.80, respectivement 10'403.71 et 12'427.03 (pces 28 à 30);
- un rapport cardiologique du 28 mars 2011 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré, souffrant d'hypertension artérielle et en attente d'une chirurgie en raison d'une sténose du canal médullaire, a été hospitalisé durant 5 jours pour des douleurs précordiales et a subi une intervention chirurgicale par laquelle on lui a posé trois stents en raison d'une cardiopathie ischémique, d'une angine instable, ainsi que d'une maladie coronarienne d'un vaisseau (lésion large et grave); l'opération s'étant déroulée sans complications, l'assuré, décrit comme stable et asymptomatique, est mis sous traitement

médicamenteux contre l'hypertension et l'insuffisance cardiaque, ainsi que contre l'agrégation plaquettaire (pce 37);

- un formulaire E 213 établi le 8 juin 2011 par le Dr E.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré, toujours sous traitement, se plaint de douleurs précordiales en cas d'efforts modérés, de lombalgies avec irradiations dans les deux cuisses, ainsi que de douleurs des deux chevilles et de claudication en cas de court déplacement déjà. Le médecin diagnostique une sténose du canal rachidien avec atteinte radiculaire bilatérale en L5-S1 et relève un status après pose de trois stents en mars 2011 en raison d'une cardiopathie ischémique, d'une angine instable et d'une maladie coronarienne d'un vaisseau.

En raison de claudication lombaire, le Dr E.\_\_\_\_\_ estime que l'assuré peut uniquement effectuer des activités légères permettant l'alternance des positions à 50% et qu'il ne peut plus exercer son activité d'agriculteur. Lors de l'examen, le médecin relève une attitude scoliotique, des douleurs lombaires lors de la fléxo-extension, un Lasègue bilatéral positif, ainsi qu'une démarche normale avec toutefois une hyporéflexie généralisée (pce 38);

- un questionnaire à l'assuré du 2 septembre 2011, dans lequel il indique avoir travaillé en tant qu'agriculteur indépendant 40 heures par semaine jusqu'au 3 septembre 2010 puis avoir cessé toute activité dès cette date en raison de maladie; il mentionne une incapacité temporaire de travail jusqu'au 11 juin 2011, puis une incapacité de travail permanente dès cette date (pce 20, cf. également pce 25).

### **C.**

Dans une prise de position du 19 janvier 2012 du service médical de l'OAIE, la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et néphrologue, laquelle, constatant que l'opération prévue ayant dû être repoussée en raison d'un problème au niveau cardiaque, requiert que soit produit un nouveau rapport orthopédique, ainsi que d'éventuels rapports hospitaliers (pce 40).

### **D.**

L'INSS fait parvenir encore les pièces suivantes dans le cadre de la demande de prestations AI de l'assuré:

- un rapport cardiologique du 9 juin 2011 établi par la Dresse G.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré, suivant un traitement médicamenteux, est stable au niveau cardiovasculaire et asymptomatique, à l'exception de douleurs costales occasionnelles n'ayant pas de lien avec ses précédentes douleurs angineuses (pce 47);
- un rapport cardiologique du 9 mars 2012 établi par la Dresse H.\_\_\_\_\_, laquelle indique que l'assuré est stable du point de vue cardiaque depuis son hospitalisation en mars 2011 et que du point de vue de ses troubles du rachis la situation doit être appréciée par le service traumatologique en vue d'une éventuelle opération (pce 45);
- un bref rapport orthopédique du complexe hospitalier universitaire de X.\_\_\_\_\_ du 12 mars 2012, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionnant que l'assuré souffre d'angine cardiaque, d'hépatite et d'hypertension, et ne présente pas de claudication neurogène ni de trouble de la marche; en outre, le médecin relève que l'assuré se plaint de douleurs irradiantes vers le fessier droit et indique une amélioration après une mauvaise période; le médecin conseille de continuer le traitement conservateur au vu de l'état de santé général de l'assuré qui a dû être opéré pour sa pathologie cardiaque (pces 44 et 50.1).

#### **E.**

Dans une prise de position du 25 juin 2012 (pce 53), la Dresse F.\_\_\_\_\_ diagnostique chez l'assuré un syndrome lombo-vertébral chronique en raison d'un canal spinal congénitalement étroit avec sténose dégénérative en L5-S1 et signes actifs dégénératifs des deux côtés, toutefois sans compression médullaire ni atteinte radiculaire, ainsi qu'une maladie coronarienne. La praticienne déclare que l'assuré est incapable à 70% de travailler en tant qu'agriculteur indépendant ou dans des activités lourdes depuis le 3 septembre 2010, mais, au vu de l'amélioration rapportée par l'assuré lors de l'examen de contrôle effectué en mars 2012, estime que celui-ci est encore apte à travailler à temps plein, dans des activités de substitution légères ou mi-lourdes qui ne nécessitent pas de marcher plus de 300 mètres, qui permettent le travail en position assise ou alternée, sans port de poids de plus de 10 kg, par exemple dans le commerce de détail et le commerce de gros, dans le domaine des services ou dans des activités simples de bureau (pce 52).

**F.**

Par projet de décision du 25 juillet 2012 (pce 55), confirmé par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2012, notifiée le 9 octobre 2012, l'OAIE rejette la demande de rente d'invalidité de l'assuré, au motif que celui-ci, malgré ses problèmes de santé reste apte à travailler à temps plein dans des activités de substitution compatibles avec ses limitations fonctionnelles et présente ainsi une perte de gain insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (pces 56 à 59). Il ressort de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode générale effectuée le 24 juillet 2012 (pce 54), que l'assuré présente une perte de gain de 24% selon la comparaison des salaires statistiques en 2008 en Suisse en tenant compte d'un abattement de 20% sur le salaire invalide.

**G.**

Le 6 novembre 2012, A.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son représentant interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), et, se prévalant du fait qu'une incapacité permanente de travail dans sa profession habituelle lui a été reconnue à hauteur de 75% dans son pays de résidence dès le 3 septembre 2010, conclut à l'octroi d'au minimum un quart de rente d'invalidité (TAF pce 1). Le recourant invoque ne plus pouvoir exécuter de travaux lourds, porter des charges supérieures à 5 kg, ni tenir une position debout prolongée ou une position assise durant une journée de travail complète. Il joint plusieurs pièces déjà au dossier.

**H.**

Par réponse du 16 janvier 2013, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, au motif que l'assuré n'a amené aucun élément nouveau lui permettant de s'écarter de la prise de position de son service médical, lequel a retenu qu'une activité légère adaptée en position assise ou alternée était encore exigible à 100% excluant le droit à une rente d'invalidité, la perte de gain de l'assuré n'étant que de 24% (TAF pce 3).

**I.**

Par décisions des 22 janvier 2013 et 8 février 2013, le Tribunal requiert le versement d'une avance sur les frais de procédure d'un montant de Fr. 400.-- par le recourant. Celui-ci verse un total de CHF 404.50 en deux versements (TAF pces 4 à 9).

**J.**

Par réplique du 14 février 2013, le recourant reprend les arguments avancés dans son mémoire de recours (TAF pce 10).

**K.**

Par duplique du 7 mars 2013, l'OAIE reprend ses précédentes conclusions, arguant que le recourant n'a fait valoir aucun argument ou fait nouveau lui permettant de modifier sa prise de position (TAF pce 12).

**L.**

Par ordonnance du 18 mars 2013, le Tribunal porte un double de la duplique à la connaissance du recourant (TAF pce 13).

**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), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, 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** Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est applicable. Conformément à 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 et l'avance de frais ayant été versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours (TAF pces 4 à 9).

**2.**

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA).

En conséquence, 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; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 155, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3<sup>e</sup> éd., Zurich 2013, n. 154 ss).

**3.**

**3.1** En l'espèce, A.\_\_\_\_\_ est citoyen d'un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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 applicable.

**3.2** Selon l'art. 1<sup>er</sup> al. 1 ALCP, en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1<sup>er</sup> avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11).

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

**3.4** Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

**3.5** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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 (art. 46 par. 3 du règlement (CEE) n° 883/2004).

#### **4.**

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 les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (pro rata temporis; cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les réf. cit.). 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 dès lors applicables dans le cas d'espèce.

#### **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) et compter au moins trois années de

cotisations (art. 36 al. 1 LAI, étant précisé que 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; articles 6 et 45 du règlement n°883/2004]).

Or, en l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (cf. *supra* let. A) 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** 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. 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.

**6.2** La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

**6.3** 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 (art. 29 al.1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant

remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 18 novembre 2011 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2012, 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. 2.1 avec les réf).

## 7.

**7.1** L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. 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 352 consid. 3a et les références).

**7.2** En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoient de tels examens au besoin, mais contient 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. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

**7.3** 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 réf. cit.).

## **8.**

**8.1** En l'espèce, il est établi par les différents médecins que A. \_\_\_\_\_ souffre, d'une part, d'hypertension artérielle et de cardiopathie ischémique traitée par pose de trois stents en mars 2011 (pces 37, 45 et 47) et, d'autre part, de lombosciatalgies bilatérales irradiantes dans les membres inférieurs en raison d'une sténose sévère de nature dégénérative en L5-S1 avec atteinte radiculaire (radiculopathie), ainsi que d'une notable compromission du foramen et d'une dénervation active des muscles concernés (pces 33 à 36 et pce 44). Il est admis que son état de santé du point de vue cardiologique est stabilisé et l'assuré est décrit comme asymptomatique. Aucune limitations fonctionnelles à cet égard ne sont retenues par les différents médecins consultés.

**8.2** S'agissant de l'atteinte orthopédique de l'assuré et de sa capacité de travail, les médecins s'accordent pour reconnaître que celui-ci est incapable à 100%, respectivement à 70%, d'exercer sa dernière activité d'agriculteur indépendant ou d'autres activités mi-lourdes à lourdes. Concernant des activités légères adaptées, le médecin de l'INSS retient

qu'elles sont encore exigibles de la part de l'intéressé, mais uniquement à hauteur de 50% en raison de sa claudication lombaire limitant son périmètre de marche (cf. le formulaire E 213 du 8 juin 2011; pce 38). Le médecin de l'OAIE par contre se distancie de ces conclusions, constatant que l'assuré ne présente plus d'irradiations dans les membres inférieurs ni de claudication neurogène lors d'un examen effectué en mars 2012, et qu'une opération n'est plus envisagée; il estime dès lors qu'une activité légère est exigible à 100%.

**8.3** L'OAIE, se référant aux prises de position de son service médical (pces 40 et 53) et au rapport orthopédique du 12 mars 2012 du Dr B. \_\_\_\_\_ (pce 44), retient que l'assuré peut exercer une activité de substitution à temps plein malgré ses atteintes à la santé depuis le 3 septembre 2010, sa maladie cardiaque étant stabilisée et la situation s'étant nettement améliorée d'un point de vue orthopédique considérant que la marche est décrite comme normale et que l'assuré fait uniquement état de douleurs irradiantes dans le fessier droit lors du dernier examen (cf. la réponse du 16 janvier 2013; TAF pce 3).

**8.4** Reconnu comme invalide en Espagne depuis le mois de juin 2011 (pces 22 à 22.3), le recourant invoque au contraire être en incapacité totale de travail depuis le 3 septembre 2010 en raison de ses troubles du rachis et de son trouble cardiaque. Il relève qu'il ne lui est pas possible d'exercer une activité légère à temps plein, eu égard à ses limitations fonctionnelles l'empêchant de tenir une position debout prolongée ou une position assise toute la journée.

## **9.**

**9.1** A cet égard, le Tribunal rappelle que, conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). En effet, la procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

**9.2** Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282

consid. 4a). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides (cf. *supra* consid. 7).

**9.3** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. 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 certains 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, 2<sup>e</sup> éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

**9.4** D'autre part, les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 la 114 p. 127).

**10.**

**10.1** Dans la présente cause, il s'agit de mettre en balance les avis des médecins de l'INSS et de l'OAIE, seuls médecins à avoir pris position sur la capacité de travail de l'assuré. Il sied dès lors d'évaluer la valeur probante de chacun des rapports médicaux en examinant plus avant leur contenu.

**10.2** Le formulaire E 213 du 8 juin 2011 est rempli complètement et fait suite à un examen clinique sur la personne de A.\_\_\_\_\_. Il prend en compte les plaintes de l'assuré lequel fait état de claudication après une courte distance et d'irradiations dans les deux cuisses. Le médecin de l'INSS livre des conclusions claires et cohérentes. Il constate une claudication lombaire comme limitation fonctionnelle sur la base d'une attitude scoliotique, de douleurs à la fléxo-extension lombaire et d'un Lasègue bilatéral positif. Lors de l'examen clinique, le médecin ne relève toutefois aucun trouble à la marche et une balance conservée des membres inférieurs et supérieurs. Sur la base de ces constatations, le médecin de l'INSS retient une incapacité de travail de 100% en tant qu'agriculteur et une incapacité de travail de 50% dans des activités légères. Ces constatations se rapprochent des observations faites en novembre 2010 par le Dr B.\_\_\_\_\_ (pce 35).

**10.3** Quant au médecin de l'OAIE, dans un premier avis du 19 janvier 2012 (pce 40), il demande des informations complémentaires au niveau de l'évolution de l'atteinte orthopédique et d'une éventuelle opération avant de se prononcer. Un très bref rapport orthopédique du complexe hospitalier universitaire de X.\_\_\_\_\_ du 12 mars 2012 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ est alors versé en cause (pce 44). Sur la base de seulement quelques lignes dont il ressort que l'assuré réfère d'une amélioration après une mauvaise période et de l'absence de claudication neurogène, le médecin de l'OAIE déclare que l'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré, considérant qu'une opération n'est plus envisagée, que l'irradiation ne se situe plus que dans la cuisse droite et que lors de l'examen la marche de l'assuré est normale.

**10.4** En l'espèce, le Tribunal n'est pas convaincu par le raisonnement du médecin de l'OAIE. En effet, le Dr B.\_\_\_\_\_ en novembre 2010 et en mars 2012 faisait déjà état d'une démarche normale. Or, malgré cet état de fait, le médecin de l'INSS retient tout de même une claudication lombaire invalidante empêchant l'assuré de travailler à plus de 50% dans des activités légères.

**10.5** Dès lors, si tant est que l'on puisse retenir une amélioration de l'état de santé de l'assuré uniquement sur la base d'un rapport médical de quelques lignes, tel que celui du 12 mars 2012 (pce 44), le Tribunal constate qu'à l'exception des irradiations qui semblent avoir diminué, les constatations qui sont faites en mars 2012 rejoignent celles ressortant du formulaire E 213. Par ailleurs, contrairement à ce qu'avance la Dresse F.\_\_\_\_\_, le Tribunal remarque que l'approche conservatrice est préférée en raison de l'état de santé général de l'assuré, notamment en raison de la chirurgie cardiaque effectuée, et non en raison d'une amélioration de son état orthopédique. En effet, il ne ressort pas du bref rapport orthopédique du 12 mars 2012 que l'opération du canal lombaire de l'assuré n'est plus envisagée en raison d'une amélioration de son état de santé.

**10.6** En définitive, la Dresse F.\_\_\_\_\_ n'explique pas pour quelles raisons elle s'éloigne de l'appréciation du médecin espagnol de la capacité de travail de l'assuré dans des activités légères, retenant sans autres justifications une capacité de travail entière depuis le 3 septembre 2010. De plus, la praticienne livre une appréciation de la capacité de travail depuis le 3 septembre 2010 en se référant à une amélioration de l'état de santé de l'assuré, qui si elle est bien intervenue, ne le serait que dès le mois de mars 2012. Par ce biais, le médecin de l'OAIE évite ainsi de commenter les conclusions du formulaire E 213 pour la période antérieure à mars 2012 où l'assuré se plaignait de claudication après une courte distance et d'irradiation dans les deux cuisses (pce 35) et pour laquelle le médecin de l'INSS, après un examen personnel, a retenu une incapacité de travail de 50% même dans des activités adaptées.

**10.7** Finalement, s'agissant de l'appréciation de l'état de santé de l'assuré en mars 2012, une amélioration de l'état de santé de l'assuré ne saurait être retenue sur la base d'un rapport médical de quelques lignes, qui relève plus d'une note interne que d'un certificat médical, le rapport du 12 mars 2012 ne remplissant manifestement pas les conditions jurisprudentielles susmentionnées (cf. *supra* consid. 7.1). Ainsi, dans la présente occurrence, le Tribunal ne saurait retenir un avis médical plutôt qu'un autre, aucuns des deux n'emportant sa conviction et ne présentant une valeur probante supérieure à l'autre, ce d'autant qu'il ne ressort pas du dossier que l'un de ces deux médecins soit spécialisé en orthopédie ou en neurologie.

**10.8** Dès lors, la Dresse F.\_\_\_\_\_ de l'OAIE n'ayant pas examiné elle-même l'assuré et n'ayant pas à sa disposition un rapport orthopédique suffisamment précis lui permettant de s'écarter de l'avis du Dr E.\_\_\_\_\_, le Tribunal conclut que l'état de fait n'est pas instruit à satisfaction et qu'une appréciation globale de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans des activités légères adaptées depuis le 3 septembre 2010 est nécessaire.

## **11.**

**11.1** Dans le présent cas, dès lors qu'il subsiste des divergences notables entre les appréciations des services médicaux de l'INSS et de l'OAIE concernant la capacité de travail de l'assuré dans des activités légères sans qu'il soit possible de les départager, le Tribunal ne saurait privilégier l'un ou l'autre de ces avis médicaux. Partant, il convient d'admettre partiellement le recours du 6 novembre 2012, d'annuler la décision du 1<sup>er</sup> octobre 2012 et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, afin qu'elle complète l'instruction.

**11.2** Les rapports médicaux au dossier, peu précis et incomplets, ne présentant pas la valeur probante nécessaire pour permettre en l'état au service médical de l'OAIE d'établir clairement l'état de santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de A.\_\_\_\_\_ dans son activité habituelle ou dans des activités de substitution, l'autorité intimée devra notamment, avant de se prononcer à nouveau, actualiser les rapports orthopédiques et cardiologiques au dossier et ordonner une expertise pluridisciplinaire en Suisse contenant à tout le moins un volet neurologique, orthopédique et cardiologique (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3 à propos du choix des domaines d'expertise utiles).

**11.3** Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, en raison de l'importance des lacunes constatées, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'OAIE, afin qu'elle procède aux mesures d'instruction précitée ou à tout autre examen nécessaire à la clarification de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant.

## **12.**

**12.1** Le recours de A.\_\_\_\_\_ étant partiellement admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le

Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais versée par le recourant, d'un montant de Fr. 404.50, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**12.2** Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés.

Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, compte tenu du travail accompli par le représentant du recourant, à savoir un recours de quatre pages, accompagné de quatre documents déjà au dossier, ainsi qu'une réplique superposable au mémoire de recours (TAF pces 1 et 10), il se justifie de lui allouer une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 1'000.-- (sans TVA) à la charge de l'OAIE.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :****1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 1<sup>er</sup> octobre 2012 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 404.50 déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt par la caisse du Tribunal.

**3.**

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

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_\_.\_\_.\_\_.\_\_ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 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: