



---

Cour III  
C-978/2016

## Arrêt du 9 octobre 2018

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Beat Weber, juges,  
Audrey Bieler, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Espagne),  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente, décision du 6 janvier  
2016.

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est un ressortissant espagnol né le (...) 1960, marié et père de trois enfants nés respectivement en 1989, 1993 et 1998. Il a travaillé en Suisse du mois d'août 1982 au mois de septembre 1997 dans le domaine de la construction, cotisant ainsi aux assurances sociales suisses un total de 14 années et 9 mois (pces 3 et 4 ; cf. également les extraits du compte individuel (CI) de l'assuré du 1<sup>er</sup> décembre 2015 [pce 51], ainsi que le relevé des périodes d'assurance [pce 53 p. 5]).

En septembre 1997, l'assuré retourne s'établir en Espagne où il reprend en tant que chef d'équipe une activité salariée à temps complet dans la construction (structure en béton). Il est salarié jusqu'à la fin du mois de janvier 2015 totalisant en Espagne une période de cotisation de 8219 jours (pce 3 pp. 1 à 5 ; cf. le questionnaire pour l'employeur du 5 mai 2015 et le questionnaire à l'assuré du 25 mai 2015 [pce 34]).

L'assuré cesse de travailler en raison de son état de santé le 30 janvier 2014. Il souffre principalement de douleurs lombaires chroniques sur sténose du canal lombaire en L2-L5 (cf. pces 34 et 37). Pour cette raison, il est au bénéfice d'une pension d'invalidité en Espagne depuis le 2 février 2015 (pce 4).

**B.**

Le 20 février 2015 (pce 4), A.\_\_\_\_\_ dépose par l'entremise de l'institut national de sécurité sociale espagnol (INSS) une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure).

À l'appui de sa demande, sont notamment versés en cause les documents suivants :

- deux rapports médicaux établis par le Dr B.\_\_\_\_\_ des 29 mai 2008 et 3 juin 2008 (pces 15 à 17) faisant état chez l'assuré d'un adénocarcinome modérément différencié du côlon sigmoïde sans récurrence selon les résultats de radiologie du 2 décembre 2014 [pce 22] ;
- un rapport d'hospitalisation du 2 juillet 2008 établi par la Dresse C.\_\_\_\_\_ dont il ressort que l'assuré a été opéré avec succès le 26 juin 2008 par rectosigmoïdectomie et appendicectomie (pce 25 ;

cf. également le rapport post-opératoire du 10 juillet 2008 établi par la Dresse D. \_\_\_\_\_ [pce 30] ;

- un rapport d'hospitalisation du 26 janvier 2010 établi par le Dr E. \_\_\_\_\_ qui met en avant le fait que l'assuré s'est fait opéré d'une hernie inguinale gauche sans complications (pce 14) ;
- un rapport de consultation du 23 décembre 2011 établi par le Dr F. \_\_\_\_\_ du complexe hospitalier de (...) conseillant à l'assuré de réaliser tous les cinq ans un test de dépistage sous forme de colonoscopie afin d'évaluer ses risques de développer un cancer colorectal, notamment au vu de ses antécédents familiaux (pce 26) ;
- plusieurs rapports hospitaliers des 24 mai 2012, 28 mai 2012, 18 juin 2012 et 9 juillet 2012 du service de chirurgie plastique et réparatrice de l'hôpital G. \_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré a été opéré d'urgence le 23 mai 2012 pour une avulsion totale de la pulpe du pouce de sa main gauche ; il ressort qu'il présente une bonne évolution post-chirurgicale (pces 10 à 13) ;
- un protocole chirurgical du 4 février 2014 (pce 19) et un rapport hospitalier établi par la Dresse H. \_\_\_\_\_ daté du 11 février 2014 (pce 20) faisant état d'une opération par laminectomie et arthrodèse lombaire du 4 février 2014 afin de traiter la sténose du canal lombaire dont souffre l'assuré qui présente des lombalgies chroniques, une radiculopathie chronique L5 gauche et une hernie discale ;
- un rapport hospitalier du 1<sup>er</sup> septembre 2014 établi par le Dr I. \_\_\_\_\_ dont il ressort que l'assuré présente une bonne évolution des symptômes d'irradiations dans les extrémités inférieures, malgré la persistance de paresthésies et d'un inconfort lombaire mécanique ; il est précisé que l'assuré doit éviter de soulever des objets lourds, d'effectuer des mouvements de flexion-extension et de maintenir des postures statiques de manière prolongée (pce 21) ;
- des résultats radiologiques du 3 février 2015 effectués à la base du crâne excluant toute pathologie au niveau auditif ou au niveau cérébral chez l'assuré qui se plaint d'acouphènes et de vertiges (pce 23).

### **C.**

Dans un rapport médical E 213 du 4 mars 2015 (pce 2), le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin de l'INSS, conclut que l'assuré ne peut plus exercer son activité

habituelle en raison d'une sténose du canal lombaire qui limite sa mobilité. Selon le médecin espagnol, l'assuré peut toutefois encore exercer une activité professionnelle légère à temps complet qui permet des postures variées sans surcharger la colonne lombaire, notamment par des flexion-extensions répétées.

#### **D.**

Dans une prise de position du 11 août 2015 (pce 39), la Dresse K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne du service médical de l'OAIE, expose que l'assuré souffre de lombo-sciatalgies bilatérales non déficitaires après avoir été opéré par laminectomie et arthrodèse lombaire transpédiculaire en L2-S1 le 4 février 2014 pour une claudication neurogène dans le cadre d'un canal lombaire étroit de L2 à L5 (CIM 10 : M 47).

Il est retenu que l'assuré ne peut plus travailler dans aucunes activités professionnelles depuis le 4 février 2014. Des suites de cette opération, l'assuré présente une limitation des mouvements du tronc secondaires à l'opération ayant fixé ses vertèbres de L2 à S1, ainsi que des lombo-sciatalgies résiduelles aggravées par la marche et les activités lourdes. La doctoresse estime qu'une activité légère, sédentaire avec changements de position possibles et des pauses, sans positions surchargeant la colonne lombaire est exigible à 80% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 au vu de l'évolution favorable décrite par le Dr I. \_\_\_\_\_ à cette date (cf. pce 21). Elle cite notamment des activités dans le commerce et dans les services collectifs et personnels, telles que : surveillant de parking/musée, gestionnaire de stocks, vendeur par correspondance, réparateur de petits appareils.

#### **E.**

Par projet de décision du 25 septembre 2015 (pce 43), l'OAIE propose l'octroi d'un quart de rente à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> août 2015, considérant que le droit à la rente n'est ouvert que six mois après le dépôt de la demande de prestations datée du 20 février 2015. Sur la base de l'avis de son service médical et les pièces médicales au dossier, il est retenu par l'OAIE que l'assuré présente un degré d'invalidité de 100% depuis le 4 février 2014, puis de 44% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 (cf. l'évaluation de l'invalidité de l'OAIE du 28 août 2015 [pce 40]).

#### **F.**

Par courrier du 23 octobre 2015 (pce 45), l'assuré conteste la proposition de l'OAIE en invoquant être en invalidité totale dans son activité habituelle et de 75% dans toute autre activité professionnelle, et donc avoir droit à

l'octroi d'une rente entière d'invalidité en Suisse, ce d'autant qu'il ne peut fournir qu'un rendement minimum durant une journée de travail.

**G.**

Dans une nouvelle prise de position du 13 novembre 2015 (pce 49), le service médical de l'OAIE, par l'intermédiaire de la Dresse K.\_\_\_\_\_, maintient son précédent avis en l'absence d'éléments nouveaux. Pour fixer au 1<sup>er</sup> septembre 2014 la capacité de travail de l'assuré à 80% dans des activités adaptées, la doctoresse explique s'être référée au rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ faisant état d'une évolution post-opératoire favorable sur les symptômes d'irradiation douloureuse. En raison des douleurs lombaires persistantes mécaniques, il est recommandé à l'assuré d'éviter le port de charges lourdes, les postures forcées de flexion/extension et les positions statiques prolongées.

**H.**

Par décision du 6 janvier 2016 (pce 53), l'OAIE octroie à l'assuré un quart de rente d'invalidité et une rente complémentaire pour enfant liée depuis le 1<sup>er</sup> août 2015 en se basant sur les rapports de son service médical (cf. également la motivation de la décision [pce 52]).

**I.**

Le 12 février 2016 (timbre postal), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) en requérant l'octroi d'une rente entière d'invalidité (TAF pce 1). Il reprend les arguments développés dans le cadre de la procédure d'audition et ajoute qu'en Espagne les possibilités de trouver un travail en étant invalide sont inexistantes.

Au recours sont notamment jointes les pièces suivantes :

- une décision du 14 mars 2012 de la sécurité sociale espagnole dont il ressort que l'assuré est au bénéfice d'une pension d'invalidité espagnole depuis le 2 février 2015 en raison d'une sténose du canal lombaire l'empêchant de travailler depuis le 3 février 2014 ;
- des résultats d'électromyographie du 4 février 2016 qui démontrent des signes objectifs de dénervation chronique en territoire radiculaire au niveau des racines L4-L5-S1 des deux côtés, bien que plus en évidence à droite ;

- un rapport médical du 8 février 2016 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en traumatologie, chirurgie orthopédique et chirurgie de la main et des nerfs périphériques, lequel liste les différents rapports médicaux au dossier et reprend les diagnostics déjà connus s’agissant du rachis lombaire en tenant compte de l’avis du médecin de l’administration espagnole et des résultats récents d’électromyographie.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ fait nouvellement état d’épicondylites et d’atteintes dégénératives ostéo-articulaires progressives et irréversibles au niveau de la colonne dorsale et cervico-dorsale, des hanches et des épaules (cf. les radiographies originales datées du 4 février 2016 jointes au recours). Il ressort de ce rapport que le patient se plaint de douleurs qu’il décrit comme intenses au niveau de la colonne vertébrale, de paresthésies au niveau des membres supérieurs et une claudication vertébro-vasculaire dominée par des vertiges, des acouphènes, une vision floue et une instabilité à la marche. Au vu des plaintes du recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_ déclare celui-ci en incapacité de travail d’un degré supérieur à 60% en raison de ses lombalgies bilatérales avec prédominance à droite avec paresthésies du membre inférieur gauche et des atteintes ostéo-articulaires précitées. Les limitations fonctionnelles relevées sont identiques à celles posées par les médecins des administrations espagnole et suisse s’agissant des troubles lombaires.

#### **J.**

Invité par le Tribunal à s’exprimer, l’OAIE, dans sa réponse datée du 11 avril 2016, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 4). En substance, l’OAIE reprend les arguments développés dans le cadre de la décision attaquée. S’agissant des rapports médicaux produits en procédure du recours, la Dresse K.\_\_\_\_\_ du service médical de l’OAIE est à nouveau consultée. Dans un avis du 15 mars 2016, celle-ci estime qu’aucun élément objectif nouveau ne permet de modifier ses précédentes appréciations. Selon la doctoresse, les atteintes dégénératives radiologiques rapportées n’ont pas de valeur incapacitante du moment que le Dr L.\_\_\_\_\_ n’a pas effectué un examen médical mettant en évidence des limitations fonctionnelles significatives corrélées avec les atteintes radiologiques. La Dresse K.\_\_\_\_\_ mentionne encore que la radiculopathie chronique en L5 gauche est déjà connue et que les signes de dénervation chronique bilatérale correspondant aux racines L4-L5-S1 sont compatibles avec une lombosciatique ancienne dans les territoires opérés. Finalement s’agissant

d'une éventuelle insuffisance vertébro-basilaire, celle-ci n'empêcherait de toute façon pas l'exercice d'une activité professionnelle de substitution à 80%.

**K.**

Invité à verser dans les 30 jours dès réception une avance de frais d'un montant de 800 francs par décision incidente du Tribunal du 15 avril 2016, le recourant s'acquitte de cette somme le 22 avril 2016 (TAF pces 5 à 7).

**L.**

Par réplique datée du 18 mai 2016 (timbre postal ; TAF pces 8 et 10), le recourant transmet au Tribunal un rapport médical du 16 mai 2016 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ lequel, en complément de son rapport du 8 février 2016, explicite les limitations fonctionnelles du recourant au niveau des épaules. Le médecin indique que, outre les limitations fonctionnelles déjà évoquées au niveau du rachis lombaire, le recourant ne peut plus exercer d'activités qui surchargent les épaules ou nécessitent l'élévation et la rotation répétées de celles-ci, surtout du côté droit. Au vu des douleurs du recourant et de ses limitations fonctionnelles, le Dr L.\_\_\_\_\_ déclare l'assuré en incapacité totale de travail dans son activité habituelle et en incapacité de 60% pour toute autre activité.

**M.**

Invité par le Tribunal à prendre position par ordonnance du 26 mai 2016 (TAF pce 9), l'autorité inférieure, par duplique du 22 juin 2016, conclut une nouvelle fois au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise en se référant à la dernière prise de position de son service médical datée du 10 juin 2016 (TAF pce 11). Dans ce nouvel avis, la Dresse K.\_\_\_\_\_ affirme que ce complément, malgré l'énoncé plus clair de limitations fonctionnelles supplémentaires liées aux troubles acromio-claviculaires du recourant, n'apporte pas d'élément médical objectif nouveau. En effet, il manque selon elle un examen médical objectif à l'instar de celui effectué et décrit par le médecin de l'administration espagnole dans le formulaire E 213 du 4 mars 2015. De plus, la doctoresse considère que les limitations fonctionnelles découlant des atteintes ostéo-articulaires au niveau des épaules et bras du recourant n'empêchent pas l'exercice d'une activité de substitution adaptée à hauteur de 80%.

**N.**

Le 4 août 2016, le recourant dépose ses observations finales sur invitation du Tribunal en reprenant ses précédents arguments (TAF pces 12 et 13).

Par ordonnance du 23 août 2016 (TAF pce 15), le Tribunal porte un double de cet acte à la connaissance de l'autorité inférieure.

**O.**

Par ordonnance du 26 juillet 2018 (TAF pce 16), le Tribunal informe le recourant que le renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction est envisagé et lui octroie un délai de 15 jours dès réception pour se prononcer à cet égard et en particulier à indiquer au Tribunal s'il entend maintenir son recours. L'intéressé ne réagit pas dans le délai imparti.

**Droit :**

**1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 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 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 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 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 dans le délai requis (TAF pces 5 à 7), le recours est recevable.

## 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 ; THOMAS HÄBERLI, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2<sup>e</sup> éd. 2016, art. 62 n°43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 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, 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 LPG).

## 3.

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1).

A cet égard, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après 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'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

**3.2** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol domicilié en Espagne ayant cotisé

en Suisse et requérant l'octroi d'une rente d'invalidité suisse. 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).

**3.3** 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) et le règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'Annexe II de l'ALCP en relation avec sa section A).

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique (cf. art. 2 du règlement) bénéficient a priori 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** Dans la mesure où l'accord, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n°987/2009).

**3.5** Le droit à un quart de rente d'invalidité ayant été octroyé au recourant par la décision entreprise du 6 janvier 2016, 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 dans le cas d'espèce.

**3.6** Il sied encore de préciser que 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 Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2 ; cf. art. 46 al. 3 du règlement [CE] no 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement). Il est cependant précisé que 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 [CE] n°987/2009).

#### 4.

En l'espèce, l'OAIE a octroyé au recourant un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2015 par décision du 6 janvier 2016 sur la base d'un degré d'invalidité de 44% reconnu depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 (pces 52 et 53). Le recourant s'oppose à cette décision et requiert l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il invoque une incapacité de travail de 60% dans des activités de substitution adaptées à ses limitations fonctionnelles. L'objet du litige est ainsi le droit à la rente d'invalidité du recourant en Suisse.

#### 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 et 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Il est 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 remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (cf. *supra* Faits let. A).

Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI et quel est son degré d'invalidité.

#### 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. 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 LPGGA).

**6.2** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, pp. 547 ss, n°2060 ss).

## **7.**

**7.1** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si : (a) 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 (b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et (c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

**7.2** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**7.3** 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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI).

## **8.**

**8.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, 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) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1).

Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (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 supra consid. 6).

**8.2** 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.

**8.3** Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu.

**8.4** Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport doit se fonder sur des examens complets, prendre en considération les plaintes exprimées par la personne examinée et avoir été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Pour finir, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale se doivent d'être claires et les conclusions de l'expert dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. cit.).

**8.5** S'agissant des rapports de médecins de l'administration, ceux-ci 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 ; 9C\_341/2007 du 16 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. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, op. cit. , p. 799 n° 2920 ss).

## **9.**

**9.1** En l'espèce, l'autorité inférieure s'est fondée principalement sur les avis de son service médical pour prendre sa décision. Celui-ci, sur la base des pièces médicales et du rapport médical E 213 au dossier, retient que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de chef d'équipe dans le domaine de la construction ou toute autre activité moyenne à lourde en raison de lombo-sciatalgies bilatérales non déficitaires (CIM 10 : M 47) depuis l'intervention par laminectomie qu'il a subie le 4 février 2014. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, une capacité de travail de 80% est toutefois admise dans des activités légères sédentaires avec changements de position possibles et des pauses, sans positions surchargeant la colonne lombaire (cf. les avis de la Dresse K. \_\_\_\_\_ des 11 août 2015 et 13 novembre 2015 [pces 39 et 49]).

**9.2** Tant en procédure d'audition qu'en procédure de recours, le recourant invoque pour sa part une incapacité entière de travail dans toutes activités professionnelles en raison de son état de santé qui limite sa mobilité, son rendement et sa capacité à retrouver du travail sur le marché espagnol (pce 45 et TAF pce 1). En particulier, il produit en procédure de recours de nouveaux rapports médicaux décrivant des atteintes supplémentaires avec notamment paresthésies au niveau des membres supérieurs et claudication accompagnée de vertiges, problème de vision et d'ouïe

(cf. *supra* Faits let. I et en particulier le rapport médical du 8 février 2016 du Dr L. \_\_\_\_\_ joint au recours ; TAF pce 1).

**9.3** Dans deux avis des 15 mars 2016 et 10 juin 2016 (TAF pces 4 et 11), la Dresse K. \_\_\_\_\_ examine ces nouveaux documents et maintient son appréciation de la capacité de travail du recourant. Elle considère que les atteintes à la santé décrites n'ont pas valeur incapacitante et n'empêchent pas l'exercice à 80% des activités adaptées qui ont été retenues.

## **10.**

**10.1** In casu, il est admis que le recourant souffrait principalement de douleurs lombaires chroniques sur sténose du canal lombaire en L2-L5 avec radiculopathie chronique en L5. En raison de ces lombalgies provoquant des irradiations dans les membres inférieurs, le recourant a été opéré le 4 février 2014 par arthrodèse et laminectomie fixant les vertèbres de L2-S1. En septembre 2014, il est fait mention d'une bonne évolution des symptômes malgré la persistance de lombalgies principalement à gauche et de paresthésies avec inconfort mécanique. Les médecins s'accordent sur le fait que le recourant doit éviter de soulever des objets lourds, d'effectuer des mouvements de flexion-extension et de maintenir des postures statiques de manière prolongée (cf. les rapports hospitaliers des 11 février 2014 et 1<sup>er</sup> septembre 2014 [pces 20 et 21]).

**10.2** Le médecin de l'administration espagnole (INSS), le Dr J. \_\_\_\_\_, retient que la mobilité lombaire du recourant est limitée et qu'il peut ainsi uniquement exercer une activité professionnelle légère permettant des postures variées sans surcharger la colonne lombaire, notamment par des flexions-extensions répétées (cf. le formulaire E 213 du 4 mars 2015 [pce 2]). Dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, le Dr J. \_\_\_\_\_ déclare le recourant apte à exercer une activité professionnelle à temps complet. Il est fait état d'une marche et statique normale. Par ailleurs, il n'est pas relevé de déficit de force ni d'altération de la sensibilité au niveau des membres supérieurs.

**10.3** En se référant aux rapports précités, la Dresse K. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostic principal des lombo-sciatalgies bilatérales non déficitaires (CIM 10 : M 47). Ne sont pas considérés comme invalidants les antécédents d'adénocarcinome du côlon (en rémission), d'hernie discale, de syndrome vertigineux, ainsi que d'avulsion totale de la pulpe du pouce de la main gauche. Pour sa part, elle fixe la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à 80% en raison de la nécessité de faire des

pauses et de varier les positions (cf. les avis des 11 août 2015 et 13 novembre 2015 [pces 39 et 49]).

#### 11.

En procédure de recours (TAF pce 1), sont produits des résultats d'électromyographie du 4 février 2016 mettant en exergue la présence chez le recourant de signes objectifs de dénervation chronique en territoire radiculaire au niveau des racines L4-L5-S1 des deux côtés et en particulier à droite. Le recourant se plaint de paresthésies et de crampes dans le membre inférieur droit et se prévaut d'une incapacité totale de travail.

Le recourant se réfère également à un rapport médical du 8 février 2016 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ dont il ressort qu'il présente une épicondylite bilatérale, des atteintes dégénératives ostéo-articulaires au niveau de la colonne cervicale et dorsale, des hanches et des épaules (cf. les radiographies jointes au recours). Outre la présence de douleurs lombaires, dorsales et cervicales, le médecin fait mention d'une claudication vertébro-vasculaire dominée par des vertiges, des acouphènes, une vision floue et une instabilité à la marche. Celle-ci découle selon lui de la pathologie dégénérative de la colonne cervicale du recourant qui se plaint de douleurs intenses à ce niveau. On note qu'en février 2015, le recourant se plaignait déjà d'acouphènes et de vertiges. Ces symptômes ont été investigués à l'époque par une IRM de la base du crâne permettant d'exclure une atteinte cérébrale ou des conduits auditifs (cf. le rapport du 3 février 2015 établi par la Dresse M.\_\_\_\_\_ [pce 23]).

Ainsi, au vu des plaintes du recourant découlant de ses nombreuses lésions ostéo-articulaires, le Dr L.\_\_\_\_\_ déclare celui-ci en incapacité de travail de 100% dans son ancienne activité et de 60% dans des activités adaptées avec un rendement minime. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin cite celles relevées par le médecin de l'administration espagnole dans le rapport médical E 213 du 4 mars 2015. Dans un complément du 16 mai 2016 (TAF pce10), le Dr L.\_\_\_\_\_ explicite les limitations fonctionnelles du recourant au niveau des épaules qui viennent s'ajouter à celles déjà retenues au niveau lombaire. Ainsi, le recourant doit éviter également les activités qui surchargent les épaules ou nécessitent l'élévation et la rotation répétées de celles-ci, surtout du côté droit.

#### 12.

Avant toute chose, le Tribunal décide, pour les raisons exposées ci-dessous, de prendre en compte les deux rapports du Dr L.\_\_\_\_\_

postérieurs à la décision attaquée produits au recours, ainsi que les résultats de radiographie et d'électromyographie du 4 février 2016 auxquels il se réfère.

En effet, des rapports médicaux postérieurs à la décision entreprise peuvent être pris en considération par le juge s'ils sont suffisamment précis et s'ils servent la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision (cf. *supra* consid. 3.1). C'est le cas en l'espèce si l'on considère d'une part que le rapport du 8 février 2016 date seulement d'un mois après la décision entreprise et, d'autre part, que les acouphènes et les vertiges - que le Dr L. \_\_\_\_\_ attribue aux atteintes dégénératives de la colonne cervicale du recourant - étaient déjà présents au début de l'année 2015 (pce 23), soit un an avant la décision entreprise.

L'arthrose au niveau des épaules dont souffre le recourant est mentionnée pour la première fois par le Dr L. \_\_\_\_\_, mais il est vraisemblable qu'elle existait déjà avant la décision entreprise considérant qu'il s'agit d'une arthrose sévère des articulations acromio-claviculaires. Par ailleurs, les signes de dénervation chronique relevés par électromyographie sont « compatibles avec une lombosciatique ancienne dans les territoires opérés L4-L5-S1 » (cf. la page 3 de l'avis de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 15 mars 2016 [TAF pce 4]) et sont donc en lien avec les troubles lombaires en tant que diagnostic principal.

### 13.

**13.1** En résumé, les diagnostics retenus comme ayant une influence sur la capacité de travail du recourant sont les suivants :

- canal lombaire étroit de L2 à L5 traité chirurgicalement le 4 février 2014 par arthrodèse et laminectomie transpédiculaire en L2-S1 (CIM 10 : M 47) avec lombalgies et paresthésies résiduelles surtout à gauche ; radiculopathie chronique L5 gauche ;
- signes objectifs de dénervation chronique en territoire radiculaire au niveau des racines L4-L5-S1 des deux côtés, en particulier à droite (résultats d'électromyographie du 4 février 2016) ;
- spondylarthrose dorsale avancée avec dégénérescence discale multiple et déformation cunéiforme des vertèbres, signes dégénératifs de la colonne cervicale, ainsi que des hanches, arthrose bilatérale sévère des articulations acromio-claviculaires ; épicondylite bilatérale ;

claudication vertébro-vasculaire dominée par des vertiges, acouphènes, vision floue et instabilité à la marche (cf. le rapport du 8 février 2016 du Dr L. \_\_\_\_\_ et les radiographies du 4 février 2016 jointes au recours).

**13.2** Les médecins s'accordent pour reconnaître au recourant une mobilité lombaire limitée suite à l'opération du 4 février 2014 (cf. notamment le rapport hospitalier du 1<sup>er</sup> septembre 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_ et le rapport médical E 213 du 4 mars 2015 [pces 2 et 21]). Sont à proscrire les activités exigeant des efforts physiques surchargeant intensément le rachis lombaire et nécessitant la flexion-extension répétée ou exigeante du segment lombaire. Les positions accroupies et la station debout prolongée sont également à éviter.

En raison d'arthrose sévère des articulations acromio-claviculaires attestée par radiographies du 4 février 2016 et d'une épicondylite bilatérale, des limitations fonctionnelles supplémentaires sont relevées par le Dr L. \_\_\_\_\_, à savoir que le recourant ne peut plus exercer d'activités surchargeant les bras/épaules ou nécessitant une élévation et rotation répétée, surtout du bras droit.

**13.3** Il ressort clairement du dossier que le recourant est incapable d'exercer son ancienne activité professionnelle de chef d'équipe dans le bâtiment depuis qu'il a subi une laminectomie le 4 février 2014. L'évolution a été favorable si l'on se réfère au rapport hospitalier du 1<sup>er</sup> septembre 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_ (pce 21) et au rapport médical E 213 du 4 mars 2015 (pce 2). Le médecin de l'INSS retient alors pour le recourant une capacité de travail de 100% dans des activités adaptées. Quant à la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, elle se réfère à ce rapport mais estime la capacité de travail dans des activités adaptées à 80% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Cette différence s'explique par le fait que cette dernière a pris en compte la nécessité pour le recourant de faire des pauses et de changer régulièrement de position même dans une activité adaptée.

**13.4** Le médecin de l'INSS, qui a examiné le recourant le 24 février 2015, n'a pas fait mention dans son rapport E 213 daté du 4 mars 2015 de claudication neurogène, de troubles de la vision, de vertiges ou d'acouphènes. Une IRM est pourtant effectuée au début du mois de février pour déterminer l'origine de ces symptômes. Ne sont pas non plus relevés de symptômes dus à l'atteinte arthrosique des épaules. Le médecin de

l'INSS décrit une marche et une statique normale et l'absence de déficit de force ou d'altération de la sensibilité des membres supérieurs.

**13.5** Selon la Dresse K. \_\_\_\_\_ (cf. l'avis du 15 mars 2016 précité [TAF pce 4]), les symptômes de claudication, vertiges, troubles de la vision et de l'ouïe sont dus à une insuffisance vertébro-basilaire et ne contre-indiquent pas l'exercice d'une activité professionnelle de substitution à 80% dont la liste a été annexée à son avis du 11 août 2016 (surveillant, magasinier, vendeur par correspondance et réparateur de petits appareils domestiques). Elle classe alors ce « syndrome vertigineux » dans la catégorie des diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (cf. l'avis du 11 août 2015 précité [pce 39]). S'agissant des autres affections qui ressortent nouvellement du rapport médical du 8 février 2016 du Dr L. \_\_\_\_\_, la Dresse K. \_\_\_\_\_ estime que les atteintes dégénératives ostéo-articulaires radiologiques au niveau de la colonne cervico-dorsale et des hanches n'ont pas non plus de répercussion médicalement significative pour l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à 80%. L'épicondylite bilatérale, passagère et traitable, est décrite comme sans incidence sur la capacité de travail du recourant. Les limitations fonctionnelles au niveau des épaules ne sont pas contestées par la Dresse K. \_\_\_\_\_, laquelle souligne cependant qu'il ne ressort pas des rapports médicaux du Dr L. \_\_\_\_\_ que celui-ci ait procédé à un examen médical mettant en évidence des limitations significatives en corrélation avec les atteintes radiologiques. Selon la doctoresse, ces limitations n'empêchent de toute manière pas l'exercice d'une activité adaptée à 80%

**13.6** S'agissant de l'appréciation de travail du recourant, le rapport médical du 8 février 2016 du Dr L. \_\_\_\_\_ fait mention de nouveaux diagnostics et limitations fonctionnelles par rapport aux conclusions du rapport E 213 effectué un an auparavant. Il évalue la capacité de travail du recourant à 40% dans des activités adaptées. Le médecin spécialiste traitant ne mentionne par contre pas à partir de quelle date cette incapacité de travail peut lui être reconnue. Il ne ressort pas non plus de ce rapport qu'il ait effectué un examen clinique du recourant.

## **14.**

**14.1** En l'espèce, les limitations fonctionnelles concernant le rachis lombaire relatées par le médecin de l'INSS correspondent à celles décrites par le Dr I. \_\_\_\_\_ du service de neurochirurgie ayant opéré le recourant. Le rapport E 213 du 4 mars 2015 a été rempli après un examen clinique

du recourant, toutefois on ignore la spécialisation du médecin qui l'a examiné. De plus, ce rapport reste relativement succinct et ne relève par exemple pas la présence de vertiges et d'acouphènes, alors qu'il ressort du dossier que l'intéressé s'en plaignait déjà à cette époque si l'on se réfère aux résultats d'IRM du 3 février 2015 (pce 23). Il ne ressort pas non plus de ce rapport que le recourant souffre de pathologie arthrosique de la colonne dorsale et cervicale, des hanches et des épaules (cf. *supra* consid. 13.4). Aucune limitations fonctionnelles au niveau des membres supérieurs ne sont retenues. En conclusion, il apparaît que le rapport E 213 n'a pas traité de toutes les atteintes à la santé du recourant ou que celles-ci sont apparues, respectivement se sont aggravées, depuis son rapport du 4 mars 2015. Sa valeur probante s'en trouve affaiblie et par la même occasion celle de l'avis du service médical de l'OAIE.

**14.2** Les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_ et de la Dresse K.\_\_\_\_\_ divergent quant à leur appréciation de la capacité de travail du recourant. Il n'existe pas non plus de consensus au sujet de l'origine des acouphènes et vertiges dont souffre le recourant, ni sur les limitations fonctionnelles en découlant. Le rapport du 8 février 2016 du Dr L.\_\_\_\_\_ fait en tous les cas apparaître une aggravation de l'état de santé du recourant et des limitations fonctionnelles supplémentaires au niveau des membres supérieurs. Force est ainsi de constater que le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ suffit à mettre en doute l'appréciation de la capacité de travail du recourant du service médical de l'OAIE à tout le moins à partir du mois de février 2016, ceci malgré un manque de précision quant à la date où est intervenue l'aggravation de son état de santé. En effet, excepté le médecin de l'administration espagnole, seul le Dr L.\_\_\_\_\_ a examiné le recourant. Celui-ci, en tant que spécialiste en traumatologie et chirurgie orthopédique, estime que les limitations fonctionnelles et les atteintes ostéo-articulaires du recourant empêchent celui-ci dans l'exercice d'une activité professionnelle même adaptée à hauteur de 60%. La Dresse K.\_\_\_\_\_ du service médical évalue toujours l'incapacité de travail du recourant à 20% malgré l'aggravation constatée. En présence d'une disparité aussi grande, on ne peut passer outre l'avis d'un médecin traitant spécialisé, considérant que la Dresse K.\_\_\_\_\_ est médecin généraliste et n'a pas examiné le recourant, ceci même en tenant compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.).

**14.3** La valeur probante des rapports de la Dresse K.\_\_\_\_\_ doit également être appréciée à la lumière de la jurisprudence du Tribunal

fédéral qui prévoit des exigences plus sévères lorsque l'administration se fonde - comme en l'espèce - uniquement ou principalement sur les rapports médicaux internes à l'administration.

Comme déjà mentionné plus haut (cf. *supra* consid. 8.5), de tels rapports, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier soit complet et qu'ils se limitent à apprécier un état de fait médical établi et non contesté. L'état de santé doit être pour l'essentiel stabilisé et médicalement établi par des spécialistes (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 ; 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2).

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine). Il est admis qu'une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n°2920).

**14.4** Au vu des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, il n'est pas possible de retenir que l'état de fait médical soit établi et incontesté ni que l'état de santé du recourant soit stabilisé. L'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé tel que le Dr L.\_\_\_\_\_ ne peut pas être écarté et, dans cette constellation, le Tribunal ne peut pas porter un jugement valable sur le droit litigieux, dès lors que les documents à disposition n'ont pas une valeur probante suffisante. Une instruction complémentaire doit donc être entreprise (arrêt du TF 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

## **15.**

**15.1** Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à des mesures d'instruction complémentaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que,

dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédures introduites par l'ATF 137 V 210.

**15.2** Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

**15.3** Partant, le recours du 12 février 2016 est partiellement admis, la décision attaquée du 6 janvier 2016 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera la conduite d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, neurologique et interniste. L'ensemble du dossier devra, par la suite, être soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

## **16.**

**16.1** Vu l'issue de la présente procédure, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée - comme en l'espèce - à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de 800 francs versée (cf. TAF pces 5 à 7), sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

**16.2** L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. À défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, 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 (art. 10 et 14 al. 2 FITAF).

En l'espèce le recourant n'ayant pas été représenté par un avocat ou un mandataire professionnel et n'ayant pas fait valoir de frais particuliers, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et 7 al. FITAF).

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 6 janvier 2016 est annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + AR ; annexes : radiographies originales et un formulaire d'adresse de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

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 :