

BVGer C-3665/2015 vom 8. Februar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3665_2015

FR: TAF C-3665/2015 du 8 février 2016

IT: TAF C-3665/2015 del 8 febbraio 2016

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le TAF connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions de l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

Le requérant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Le recours a été déposé en temps utile ainsi que dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée (cf. art. 63 al. 4 PA). Partant, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond.

E. 2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement ; l'on parle de maxime inquisitoire (cf. art. 12 PA). En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 s.). Cependant, 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, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 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 130 V 445 consid. 1.2). En l'occurrence, la présente cause doit être examinée compte tenue de la jurisprudence du Tribunal fédéral exposée ci-dessous (ATF 125 V 368 consid. 2; cf. consid. 5.2) à l'aune des dispositions en vigueur entre le 11 septembre 2012 (AI pce 20) et le 4 mai 2015.

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant espagnol, vivant actuellement dans son pays d'origine, a été assuré en Suisse et en Espagne (AI pce 2; certificat relatif à la carrière de travail en Espagne du 17 avril 2012 [AI pce 14]). 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er 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]) sont également déterminants 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 (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Au sens de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

E. 4

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse. A titre initial, il sied de remarquer que le recourant, ayant cotisé plusieurs années à l'AVS/AI en Suisse (AI pces 2), remplit la condition d'assurance ancrée à l'art. 36 al. 1 LAI en vertu duquel a droit à une rente ordinaire la personne assurée qui compte lors de la survenance de l'invalidité au moins trois années de cotisations, dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065).

E. 5

Le recourant a présenté le 5 septembre 2014 une nouvelle demande de prestations AI après que sa première demande du 14 novembre 2011 a été rejetée par décision du 11 septembre 2012 (AI pces 5, 20 et 27). Cette décision est entrée en force de chose décidée faute de recours formé à son encontre.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), l'autorité qui examine une nouvelle demande de l'assuré après un premier refus de prestations n'entrera en matière que s'il apparaît établi de façon plausible que l'invalidité de la personne assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits. On entend ainsi éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes cas, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification déterminante (ATF 125 V 410 consid. 2b, VSI 2000 242).

E. 5.2

Si par contre l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond, elle doit vérifier si la modification du degré d'invalidité est réellement intervenue en procédant de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au tribunal.

E. 5.3

En l'espèce, l'OAIE a examiné la nouvelle demande de l'assuré du 5 septembre 2014 sur le fond, ayant expressément rejeté la demande de prestation de l'assuré par sa décision du 4 mai 2015 contestée (AI pce 53). L'OAIE n'a pas rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente, fondée sur l'art. 87 al. 4 RAI cité, bien que le Dr F. _____ dans son avis du 3 février 2015 ait indiqué qu'il n'apparaît pas établi de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer son droit à une prestation (AI pce 41). Il s'ensuit de la jurisprudence exposée ci-dessus que le Tribunal de céans doit examiner en l'occurrence si l'invalidité du recourant a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la première décision du 11 septembre 2012 et ceux qui ont existé jusqu'au 4 mai 2015, date de la décision litigieuse qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b).

E. 5.4

Contrairement à ce que soutient le recourant dans ses diverses prises de position, sa nouvelle demande de prestation n'est pas examinée à la seule lumière de son état de santé actuel. Selon la jurisprudence de la Haute Cour (cf. consid. 5.2), le Tribunal de céans ne saurait faire abstraction de la première décision de rejet du 11 septembre 2012 qui est entrée en force de chose décidée. Toutefois, le TAF tient à rappeler qu'en vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'OAIE a la possibilité de reconsidérer sa décision du 11 septembre 2012 - elle n'avait alors pas fait objet d'une décision judiciaire (ATF 127 V 466 consid. 2c; Michel

Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, n° 3125 p. 846) - lorsque, notamment en raison des nouveaux documents apportés dans le cadre de la nouvelle demande de prestations de l'assuré, l'OAIE constate que cette première décision est manifestement erronée et que son rectification revêt une importance notable. L'administration n'est cependant pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent ces conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré, ni le tribunal ne peuvent l'y contraindre (Michel Valterio, op. cit., n° 3136 p. 849).

E. 6.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins.

E. 6.2

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 (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). En Suisse, la notion d'invalidité est donc de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

E. 6.3

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

E. 6.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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 (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne s'ils ont leur domicile ou leur résidence habituelle sur le sol de

l'un d'eux (cf. 7 du règlement n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 6.5

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations. En l'occurrence, le recourant ayant déposé sa nouvelle demande de rente le 5 septembre 2014, son éventuel droit à une rente d'invalidité ne peut naître qu'à partir du 1er mars 2015.

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.2 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7.2

En vertu de l'art. 12 PA (cf. consid. 2 ci-dessus), le Tribunal 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a). Dans le domaine des assurances sociales, le Tribunal fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références).

E. 8.1

Lors de sa première décision de refus du 11 septembre 2012, l'OAIE s'est fondé sur la prise de position du Dr B. _____ du SMR du 12 juin 2012, qui a retenu comme diagnostics une baisse de vision de l'oeil droit sur kératite herpétique disciforme ainsi que des lombalgies dégénératives sans déficit sensitivomoteur. Ce médecin a considéré que l'acuité visuelle de l'oeil droit de l'assuré de 0.1 n'atteint pas le seuil d'une cécité professionnelle et n'entraîne aucune limitation fonctionnelle significative dans l'activité dernièrement exercée dans la construction où même une vision monoculaire est suffisante (AI pce 18). Le Dr B. _____ avait alors basé son appréciation sur les rapports médicaux détaillés E 213 de la Dresse I. _____ des 29 novembre 2011 et 23 avril 2012 (AI pces 3 et 13). Le 29 novembre 2011, ce médecin a fait état d'une intervention pour herpes et glaucome à l'oeil droit, d'une vision à l'oeil droit de 0.2 ainsi que d'une protrusion L1-L2 et hernie discale L4-L5 et L5-S1 centrales (AI pce 3 p. 8). Le 23 avril 2012, la Dresse I. _____ a noté le diagnostic d'une

kératite disciforme herpétique de l'oeil droit (AI pce 13 p. 8). S'agissant de la capacité de travail, le médecin a attesté que l'assuré présente à partir de 2011 une incapacité de travail totale en tant que maçon mais que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée, permettant notamment de changer de positions, ne nécessitant pas une bonne vision et ne se trouvant pas dans un environnement poussiéreux (AI pce 3 pp. 9 s. et pce 13 pp. 9 s.). Le Dr K._____, que l'OAIE a invité en premier lieu à prendre position sur les rapports médicaux détaillés de la Dresse I._____, a retenu le 17 mai 2012 les diagnostics de discopathies lombaires dégénératives et de baisse de la vision à l'oeil droit avec glaucome et infection herpétique. Ayant estimé que le dossier était lacunaire, ce médecin a demandé la production d'un rapport ophtalmologique et orthopédique afin de pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (AI pce 17).

E. 8.2

Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestation du 5 septembre 2014, les rapports médicaux suivants ont été versés au dossier, contenant des informations sur la situation antérieure à la décision du 11 septembre 2012 : - le rapport de sortie du 23 juillet 1996 de l'hospitalisation de l'assuré du 17 au 20 juillet 1996 à la clinique universitaire (AI pce 23), - le rapport médical du 25 février 2013 du Dr C._____. Celui-ci informe des nombreux traitements et consultations d'urgences dont le recourant a eu besoin entre le 22 janvier 2003 au 30 novembre 2012 en raison de sa kératite disciforme et d'ulcères récidivants (AI pce 24).

E. 8.3.1

En 2015, l'OAIE disposait dans un premier temps des nouveaux documents médicaux suivants : - le rapport médical des 5 décembre 2012 et 28 janvier 2013 du Dr C._____ relatif à une consultation d'urgence du recourant pour récurrence de la kératite herpétique (AI pce 25), - le rapport médical du 7 août 2014 de la Dresse D._____ qui note que l'assuré souffre d'une kératite disciforme herpétique de l'oeil droit avec plusieurs ulcères, de lombalgies chroniques depuis 2 ans avec plusieurs crises qui répondent partiellement au traitement conservateur (L1-L2, L4-L5 et L5-S1) ainsi que d'un changement d'humeur (dysthymie) et d'une baisse d'estime de soi probablement secondaire à la limitation fonctionnelle et aux douleurs chroniques (AI pce 22), - le rapport médical du 25 octobre 2014 de la Dresse E._____ faisant état d'une nouvelle consultation d'urgence de l'assuré en raison d'un ulcère herpétique récidivant (AI pce 36). Sur la base de ces documents, le Dr F._____ a conclu le 3 février 2015 que l'assuré n'a pas rendu plausible que sa capacité de travail s'est modifiée de manière à influencer son droit à une prestation de l'assurance invalidité. Il explique que les mêmes constats médicaux et diagnostics, à la base de la première décision de rejet, sont décrits. Concrètement, il avance que l'assuré présente depuis plus de 12 ans une infection herpétique responsable de récurrences et d'ulcères mais que pendant de nombreux mois, l'assuré est sans symptômes et que la baisse de l'acuité visuelle à l'oeil droit est constante. De plus, selon le Dr F._____, il est toujours fait mention de lombalgies avec discopathie mais sans signes neurologiques-radicaux cliniques (AI pce 41).

E. 8.3.2

L'assuré a ensuite, dans le cadre de la procédure d'audition et de la présente procédure de recours, produit les nouvelles pièces médicales suivantes : - le rapport médical du 14 décembre 2014 du Dr G._____, faisant état d'une nouvelle consultation d'urgence pour

une récurrence d'ulcère herpétique (AI pce 44), - le rapport médical du 19 décembre 2014 du Dr H. _____ retenant notamment que les lésions herpétiques de l'oeil droit sont compatibles avec un zona ophtalmique diagnostiqué le 25 février 2011. Il note que cet état ainsi que les épisodes répétitifs d'ulcères, nécessitant un traitement continu, rendent une vie sociale et professionnelle normale difficile ; son évolution empêche l'exercice d'une activité professionnelle pleine (AI pce 43), - le rapport médical de 2015 (non daté) du Dr H. _____ qui reprend le contenu de son rapport précédent et qui note comme nouvelles affections un syndrome dépressif, traité par un antidépresseur et un anxiolytique, ainsi que des lombosciatalgies d'évolution torpide (TAF pce 1 annexe). Invité à prendre position sur ces nouveaux documents, le Dr F. _____ maintient le 2 avril 2015 sa conclusion ultérieure. Il développe que ces nouveaux documents ne font que confirmer les données anamnestiques connues. Il explique qu'au vu de l'anamnèse détaillée, l'on ne peut pas retenir une modification ou aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision, celui-ci souffrant depuis plus de dix ans d'une infection herpétique de l'oeil droit avec une cécité presque totale dont l'évolution variable est restée inchangée (AI pce 52). Dans sa prise de position du 11 août 2015, le Dr F. _____ confirme que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié entre le 19 septembre 2012 et le 4 mai 2015 et que le syndrome dépressif dont le Dr H. _____ fait état pour la première fois en juin 2015, est survenu après la date butoir (TAF pce 4 et annexe).

E. 8.4

Comparant les situations existantes en 2012 et 2015, il sied d'opérer une distinction entre les différents problèmes de santé dont souffre l'assuré :

E. 8.4.1

S'agissant du problème oculaire, il ressort des rapports produits lors de la deuxième demande de prestations que la kératite herpétique disciforme a été diagnostiquée en 1991 déjà (cf. rapport du 23 juillet 1996 de la clinique universitaire de l'oeil [AI pce 23]). L'assuré suit un traitement continu et a présenté depuis novembre 2003, après son retour en Espagne, beaucoup de récurrences d'ulcères, ayant nécessité de nombreuses consultations, souvent d'urgence (cf. rapports des 5 décembre 2012 et 21 février 2013 du Dr J. _____ [AI pces 24 et 25], rapport du 25 octobre 2014 de la Dresse E. _____ [AI pce 36], rapport du 14 décembre 2014 du Dr G. _____ [AI pce 44] et rapports des 19 décembre 2014 et de 2015 du Dr H. _____ [AI pce 42 et TAF pce 1 annexe]), à savoir, d'après les pièces médicales à disposition, les consultations d'urgences suivantes : Année Mois pce 2003 novembre AI pce 24 2004 avril " 2005 décembre " 2006 octobre et décembre " 2007 mars et novembre " 2008 août, septembre et décembre " 2009 février, mai et juin " 2010 janvier, mars, juillet, septembre et décembre " 2011 mars, juin-octobre " 2012 janvier, mars, juillet-août, novembre et décembre AI pces 24 et 25 2014 octobre et décembre AI pces 36 et 44 A l'instar de ce que prétend le recourant, le TAF constate alors, qu'au fil du temps, les récurrences sont devenues plus fréquentes ; l'on peut remarquer une certaine aggravation de la situation à partir de 2006 et de nouveau à partir de 2010. Cependant, pour la période déterminante, se situant entre septembre 2012 et mai 2015, le Tribunal ne peut pas se prononcer à l'état du dossier, ne disposant pas de renseignements complets sur l'anamnèse depuis le rapport médical du 21 février 2013 du Dr C. _____ (AI pce 24). Partant, contrairement à ce qu'avance le Dr F. _____ (AI pces 41 et 52; TAF pce 4 annexe), il n'est pas encore établi que l'évolution de la maladie du recourant est restée inchangée.

E. 8.4.2

Concernant les lombalgies dégénératives dont l'assuré souffre également, le Tribunal ne peut pas non plus se prononcer à l'état du dossier. En effet, il ne se trouve dans le dossier aucun rapport orthopédique complet, se prononçant valablement sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2012. Le rapport médical du 7 août 2014 de la Dresse D._____, ne retenant, sur quelques lignes, que les diagnostics (AI pce 22), ainsi que le rapport du Dr H._____ non daté, indiquant le traitement médicamenteux pour les lombosciatalgies d'évolution torpide (TAF pce 1 annexe), ne contiennent pas des informations nécessaires pour examiner correctement la question de savoir si la situation s'est aggravée entre-temps.

E. 8.4.3

Quant à un éventuel trouble psychique, le TAF constate que la Dresse D._____, dans le rapport concis du 7 août 2014, a relevé que l'assuré présente un changement d'humeur (dysthymie) et une baisse d'estime de soi probablement secondaire à la limitation fonctionnelle et aux douleurs chroniques (AI pce 22). Bien que la dysthymie ne soit en principe pas, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, invalidante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3.2), il aurait appartenu à l'OAIE d'investiguer sur cette question, le rapport médical de la Dresse D._____ n'ayant pas de valeur probante (cf. ci-dessus) ; par ailleurs, cette doctoresse, en tant que médecin de famille, ne bénéficie pas de la qualification médicale nécessaire pour se prononcer valablement sur une atteinte psychiatrique (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1 et 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). En outre, le recourant a aussi avancé dans le cadre de la procédure d'audition qu'il souffre d'un syndrome dépressif réactif dont les épisodes sont, selon lui, sévères (courrier du 10 mars 2015 [AI pce 50 pp. 3 et 5]). Le TAF ne peut donc pas suivre le Dr F._____ qui a noté le 11 août 2015 (TAF pce 4 annexe) que le syndrome dépressif observé par le Dr H._____ (TAF pce 1 annexe) est survenu après la date butoir que forme la décision attaquée du 4 mai 2015. Partant, l'instruction du dossier est également insuffisante sur le plan psychiatrique.

E. 8.5

En résumé, le Tribunal fédéral ne peut pas se prononcer sur l'existence d'une éventuelle modification de l'état de santé déterminante de l'assuré, survenue entre le 11 septembre 2012 et le 4 mai 2015, la situation médicale n'ayant pas été valablement établie.

E. 8.6

A toutes fins utiles, il sied de rappeler que l'assuré ne saurait tirer aucun argument en son faveur du fait que la sécurité sociale espagnole, par le jugement du 25 février 2013 du Tribunal social, lui a accordé une prestation pour une incapacité permanente totale en tant que maçon et dans des activités de constructions (AI pce 26). Le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les seules dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2 ci-dessus). En outre, en Suisse, l'invalidité se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire de l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi suisse (cf. consid. 6.2 ci-dessus et chiffre 1021 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI).

E. 9

Au vu de ce qui précède, la décision du 4 mai 2015 attaquée, ne se fondant pas sur un examen complet de la situation de l'assuré, doit être annulée. 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 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; 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 (cf. 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). Or, en l'espèce, l'autorité inférieure a omis d'établir la situation médicale de l'assuré quant à son atteinte oculaire (l'évolution de la situation depuis 2012 doit être déterminée), à ses dorsalgies (l'évolution de la situation doit être déterminée au moyen d'un rapport orthopédique complet) et à son éventuel problème psychique (l'OAIE devra demander un rapport psychiatrique, posant un diagnostic clair et se prononçant notamment sur une éventuelle évolution de la situation). Il appartiendra à l'OAIE à examiner si une modification de l'état de santé est survenue et, cas échéant, si celle-ci suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations. Enfin, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

E. 10

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 400 francs versée (cf. TAF pces 5, 6 et 8), sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Le recourant ayant agi sans représentation professionnelle et n'ayant dû supporter des frais élevés, il n'est pas alloué de dépens (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF). Le dispositif se trouve à la page suivante.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.