

# **BVGer C-5467/2014 vom 22. Mai 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5467\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5467_2014)

FR: TAF C-5467/2014 du 22 mai 2017

IT: TAF C-5467/2014 del 22 maggio 2017

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

### **E. 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.

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

### **E. 2.1**

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF

139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi de prestations depuis le 1er janvier 2014 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande de prestations d'invalidité déposée le 4 juillet 2013 [pce 1]) jusqu'au 1er septembre 2014, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

## **E. 2.2**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (ATF 138 V 206 consid. 6). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensrecht, 2e éd. 2016, art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

## **E. 2.3**

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102 ; arrêt du TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1).

## **E. 3.1**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant espagnol domicilié en Espagne. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des

personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

### **E. 3.2**

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après : règlement n° 883/2004). Dans son champ d'application, le règlement n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les États membres. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6).

### **E. 3.3**

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

### **E. 3.4**

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit interne suisse. En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4).

### **E. 3.5**

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cela étant, la documentation médicale et

administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

#### **E. 4**

L'objet de la contestation est le bien-fondé du refus par l'OAIE du droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en l'occurrence le droit à une rente, au motif que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de la loi eu égard à sa capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles malgré l'atteinte à la santé.

#### **E. 5**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

#### **E. 6.1**

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

#### **E. 6.2**

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

#### **E. 6.3**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); une incapacité de travail de 20% doit être prise en

compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IV], 3e éd. 2014, art. 28 n° 32); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

#### **E. 6.4**

Selon l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

#### **E. 6.5**

Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

#### **E. 7.1**

Le recourant a travaillé en dernier lieu en Espagne comme marin pêcheur côtier, mais son activité déterminante pour l'évaluation de son invalidité économique est celle de maçon qu'il a exercé plus de 30 ans en Suisse et en tant qu'indépendant en Espagne. Il a cessé toute activité en décembre 2012. Le 4 juillet 2013 il déposa une demande de rente d'invalidité (pce 1).

#### **E. 7.2**

Selon l'art. 16 LPGGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1) avec les sous variantes de la méthode de comparaison en pourcent quand les revenus à comparer ne peuvent être déterminés avec précision et doivent dès lors être estimées selon les circonstances du cas particulier et les valeurs approchantes inférées comparées (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références), de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; arrêt du TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 s. ; infra 7.3 , méthode appliquée notamment aux indépendants) et de mise en parallèle de revenus si l'assuré valide s'est contenté d'un gain modeste (ATF 135 V 58 consid. 3.1, ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; sur ces méthodes voir ég. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2040 ss, 2060 ss).

#### **E. 7.3**

Dans les cas où on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus avant et après invalidité (cf. arrêt du TF 9C\_236/2009 cité consid. 3.2) il faut en s'inspirant de la méthode spécifique pour personne sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, ). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références; arrêt du TF 9C\_236/2009 cité consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., n° 2183). Le revenu sans invalidité est déterminé en tenant compte de l'évolution de l'activité que l'assuré aurait exercée sans l'atteinte à la santé, eu égard à ses compétences professionnelles et personnelles, au type d'activité, à la situation économique et au développement de l'entreprise. Les revenus ou les résultats d'exploitation moyens d'entreprises semblables peuvent servir de base pour évaluer le revenu hypothétique (arrêts du TF 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3 et les références; Meyer/Reichmuth, op. cit., p. 307). Toutefois, si l'intéressé a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas-là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (Valterio, op. cit. n° 2184; arrêt du TF I 499/02 du 17 juin 2003 consid. 6, I 842/05 du 1er juin 2006 consid. 5.2.2 et les références). In casu il peut être retenu que l'intéressé n'exerce plus son ancienne activité de maçon, ni celle de marin pêcheur.

#### **E. 7.4**

Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, telle la méthode spécifique pour les personnes sans activité lucrative et la méthode extraordinaire applicable aux indépendants, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tables d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (Valterio, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (Valterio, op. cit. n° 2051 et les références).

#### **E. 7.5**

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

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

### **E. 8.1**

Selon l'art. 43 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI). Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C\_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

### **E. 8.2**

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de

procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

### **E. 8.3**

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

#### **E. 8.4**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b). Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

#### **E. 8.5**

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

#### **E. 9**

Est litigieuse la question du droit à une rente d'invalidité en faveur de l'intéressé à compter du 1er janvier 2014 compte tenu du dépôt de la demande de prestations d'invalidité du 4 juillet 2013 auprès de l'INSS (cf. supra A et consid. 6.5).

#### **E. 10.1**

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

### **E. 10.2**

L'intéressé s'opposa au rejet de prestations de l'AI en un premier temps à la suite du projet de décision mais ses déterminations parvinrent à l'OAIE peu après le prononcé de la décision de sorte que ses déterminations furent reprises en procédure de recours. Il indiqua notamment souffrir de lombarthrose avec spondylolisthesis et compromission foraminée L5-S1, polyneuropathie distale aux membres inférieurs et supérieurs. Il souligna que vu que sa polyneuropathie affectait tant ses membres inférieurs que supérieurs il ne pouvait exercer quelque activité rémunérée que ce soit, ce d'autant plus vu sa formation scolaire limitée et son milieu rural. A l'appui de ses allégués il joignit un rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ faisant état non seulement de la polyneuropathie distale affectant les membres inférieurs mais aussi de la polyneuropathie au niveau des extrémités supérieures constatée par le Dr C. \_\_\_\_\_ avec une perte de la force de préhension aux deux membres supérieurs. Il se référa également à un rapport médical de la Dre F. \_\_\_\_\_ qui, en plus de relever les atteintes connues aux membres inférieurs et le diagnostic d'existence d'un cadre progressif d'ataxie à la marche, nota une force conservée au niveau des membres supérieurs mais indiqua une faiblesse de la flexion extension des deux poignets, des manoeuvres de la pince et de la flexion des doigts. Dans ses écritures ultérieures il souligna le caractère incompatible de l'activité de concierge et de magasinier avec ses atteintes à la santé vu ses atteintes au niveau des membres inférieurs. Il s'appuya également sur un document médical

du CHU de Santiago de Compostelle (p. 3 de 3 non daté, non signé, mais indubitablement le concernant vu son nom indiqué) indiquant entre autres constatations un status neurologique cliniquement stable, une légère faiblesse du mouvement de pince, prédominant à droite 4+/5, une hypoesthésie tactile, algique en gant et chaussette, une altération de la sensibilité vibratoire et arthrocinétique des membres inférieurs, une indication selon une IRM cérébro-cervicale d'atrophie cérébrale corticale, données compatibles avec une dégénérescence combinée subaiguë, des données indicatives d'une radiculopathie en L5 gauche (cf. supra L). Enfin il releva que les actes produits ne faisaient pas de la consommation d'alcool l'origine de ses atteintes à la santé (cf. supra O).

### **E. 11.1**

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

#### **E. 11.1.1**

Selon la jurisprudence constante concernant les dépendances similaires que sont l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; pour des exemples, cf. arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2.1). Pour évaluer si cette condition est réalisée, la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (arrêt du TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). Sous l'angle psychiatrique, pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt du TF I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; 9C\_960/2009 loc. cit. ; Valterio, op. cit., n° 1195 ; ; pour des exemples, cf. arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2.1). Sous l'angle somatique une dépendance à des substances/produits toxiques comme l'alcool ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité, on l'a indiqué, lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un

accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (cf. p. ex. arrêt du TF I 396/05 du 15 juin 2006 consid. 4.2 s. en relation avec les atteintes de cirrhose hépatique d'origine alcoolique, de varices oesophagiennes de premier degré; arrêt du TF I 645/03 du 22 décembre 2004 consid. 4 en relation avec les atteintes de polyneuropathie toxique des membres inférieurs sur consommation d'alcool, d'hépatopathie d'origine alcoolique, d'emphysème pulmonaire probable sur tabagisme ; arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2 en relation avec les atteintes lésion organique du cerveau, de déficit mnésique et des fonctions cognitives, de polyneuropathie ; arrêt du TF 9C\_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2 en relation avec des limitations cognitives, une atrophie du lobe temporal [cf. aussi : atrophie cérébrale corticale]).

#### **E. 11.1.2**

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

#### **E. 11.2**

Selon l'art. 43 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA l'assureur a la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Il sied de rappeler que tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 ; cf. supra consid. 8.1). En l'espèce le dossier n'a été soumis qu'à l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, du SMR qui, alors que le dossier présente des atteintes à la santé ne concernant pas sa spécialisation, n'a pas requis l'avis de confrères du SMR pour fonder son appréciation. Par ailleurs, appréciant à juste titre en un premier temps sur dossier la nécessité de disposer d'un rapport orthopédique au vu des atteintes lombaires le Dr B.\_\_\_\_\_, n'ayant pas reçu ce rapport de l'OAIE, respectivement de l'INSS, se prononça sur le dossier sans en avoir les éléments nécessaires. On peut sans nul doute relever qu'un rapport orthopédique était nécessaire et aurait permis vu l'indication au dossier de lombarthrose marquée et compromission des foramens (RMN du 16 avril 2013) de tempérer les propositions d'activités de substitution eu égard également à la polyneuropathie distale retenue par lui-même aux membres inférieurs donnant lieu à une ataxie. La prise de position du SMR ayant été formellement viciée par une attribution pour appréciation et une acceptation de mandat non effectuées legis artis, le recours peut déjà pour ce motif être admis.

#### **E. 11.3**

Sur le plan neurologique le Dr B.\_\_\_\_\_, n'a pris en compte sous l'angle médical que les atteintes à la santé des membres inférieurs. Il n'a pas pris en compte les atteintes invoquées

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

#### **E. 11.4**

Sur le plan orthopédique, comme il l'a été relevé, alors que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait à juste titre sollicité un rapport orthopédique dans sa prise de position du 1er mars 2014, il a renoncé à ce rapport selon les actes à disposition, non envoyé par l'INSS, dans son appréciation sur dossier des atteintes à la santé de l'intéressé, sans en indiquer les motifs. Or précisément il appert du dossier une lombarthrose marquée avec spondylololysthesis, compromission foraminée L5-S1 et suspicion de radiculopathie en S1. Par ailleurs, comme également relevé, il est possible que le rapport orthopédique aurait fait un lien avec les atteintes neurologiques qui aurait été utile à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Manque qui, on l'a relevé, a donné lieu à une appréciation par le Dr B. \_\_\_\_\_ et le service d'évaluation économique de l'invalidité de l'OAIE que le Tribunal de céans ne peut suivre. En renonçant à ce rapport le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est privé d'un rapport essentiel à son mandat avec un confrère orthopédiste du SMR d'appréciation sur dossier, de sorte que le dossier n'a pas été apprécié lege artis. Il sied de rappeler que la valeur probante des rapports sur dossier présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les

médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux au dossier sur lesquels les médecins du SMR doivent se fonder (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920).

### **E. 11.5**

Sur le plan psychique il appert que le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, du 27 avril 2014, bien que très synthétique, posant le diagnostic de dépendance à l'alcool (F10.25) avec une incapacité pour le travail évaluée à 15%, est probant. Il n'y a pas d'élément au dossier qui le contredise. Le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue, du 29 avril 2014, produit par l'assuré, relève aussi en quelques lignes un niveau de conscience et des fonctions cognitives adéquates, pas de dysarthrie, pas de nystagmus. La problématique de l'éthylisme est posée et relevée objectivement importante par le Dr D.\_\_\_\_\_. Si à la date de l'examen clinique le Dr D.\_\_\_\_\_ a pu apprécier que cette problématique n'avait qu'une incidence marginale sur la capacité de travail de l'intéressé, il sied toutefois de prendre en compte qu'une telle problématique peut rapidement évoluer et qu'une évaluation à temps rapprocher s'impose. Il y a par ailleurs lieu de relever que le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé une hypomnésie générale (trouble de la mémoire avec une faiblesse générale des capacités mnésiques) qui avec le temps a pu s'accroître. Il sied aussi de rappeler qu'une grande partie des atteintes à la santé de l'intéressé ont pour origine un abus d'alcool et dont l'alcool n'est pas étranger à la polyneuropathie dont souffre l'intéressé. Aussi il sied de relever que le rapport du CHU de Santiago de Compostelle du 16 décembre 2014 indique selon une IRM cérébrocervicale une indication d'atrophie cérébrale corticale, données compatibles, avec une dégénérescence combinée subaiguë (cf. supra L).

### **E. 12**

Vu ce qui précède, l'état de santé de l'intéressé n'ayant pas été établi legis arte et ses limitations fonctionnelles, dans la mesure où elles ne s'avéreraient qu'être délimitées aux membres inférieurs, ayant été retenues de façon contradictoire et arbitraire, il se justifie d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le renvoi est indiqué en l'espèce en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente à compter 1er avril 2014, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle

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

#### **E. 12.1**

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

#### **E. 12.2**

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

#### **E. 13**

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, ATF 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C\_846/2015 consid. 3 et 9C\_654/2009 consid. 5.2). Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). En l'espèce, le recourant a interjeté recours par lui-même sans se faire représenter mais il appert des écritures qu'il a eu recours aux services d'un professionnel du droit et qu'il a dû requérir des rapports médicaux afin d'étayer son recours. Il a concrètement eu des frais indispensables et relativement élevés au sens de l'art. 64 al. 1 PA. A ce titre il se justifie de lui accorder une indemnité de dépens ex aequo et bono de 1'000.- francs non soumise à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure. (Le dispositif figure sur la page suivante)

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