

# **BVGer C-6408/2013 vom 10. Februar 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6408\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6408_2013)

FR: TAF C-6408/2013 du 10 février 2015

IT: TAF C-6408/2013 del 10 febbraio 2015

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le TAF connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

### **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 et art. 1 al. 1 LAI).

### **E. 1.3**

Le recourant 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**

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **E. 2**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/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). 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 décision ayant été rendue le 9 octobre 2013, les dispositions légales en vigueur à ce moment-ci sont déterminantes.

### **E. 3.2**

Concrètement, le recourant étant ressortissant espagnol et vivant dans son pays d'origine, est applicable 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) qui est entré en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1). En ce qui concerne la relation avec la Suisse, l'ALCP a été modifié avec effet au 1er avril 2012, raison pour laquelle sont en l'occurrence également pertinents : - 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), et - 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). D'après 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 (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

### **E. 3.3**

Sont également déterminantes dans le cas concret, les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

### **E. 4**

Le recourant a présenté le 13 février 2013 une nouvelle demande de prestations AI après que sa première demande du 23 mars 2011 a été rejetée par décision du 12 octobre 2011 (AI pces 5, 27 et 32).

### **E. 4.1**

Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque l'autorité examine une nouvelle demande de l'assuré après un premier refus de prestations, elle 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). 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 juge.

#### **E. 4.2**

En l'espèce, 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, mais a examiné la nouvelle demande de l'assuré du 13 février 2013 sur le fond. Le Tribunal examinera donc si l'invalidité du recourant a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 12 octobre 2011 et ceux qui ont existé jusqu'au 9 octobre 2013, 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**

A titre initial, il sied de remarquer que le recourant, ayant cotisé de nombreuses années à l'AVS/AI en Suisse (cf. attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse du 29 mai 2013 [AI pces 43 et 44]) remplit les conditions d'assurances ancrées dans l'art. 36 al. 1 LAI selon lequel a droit à une rente ordinaire la personne assurée qui compte lors de la survenance de l'invalidité trois années au moins de cotisations.

#### **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 13 février 2013, son droit éventuel à une rente d'invalidité ne peut naître qu'à partir du 1er août 2013.

#### **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 (Pierre Moor/Etienne Poltier, *op. cit.*, p. 255). Pour établir les faits pertinents, l'administration ne peut donc pas se contenter d'attendre que l'assuré lui demande d'instruire ou lui fournisse de lui-même les preuves adéquates. Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23; 114 Ia 114, 127) et de prendre toutes les mesures propres à établir ces faits avec le concours de l'intéressé qui a donc l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations.

#### **E. 7.2**

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 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

#### **E. 8**

L'OAIE étant entré sur le fond de la nouvelle demande du recourant du 13 février 2013, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de celui-ci s'est modifié d'une manière déterminante depuis la première décision de l'OAIE du 12 octobre 2011 (cf. consid. 4.2).

#### **E. 8.1.1**

Lors de sa première décision de refus du 12 octobre 2011, l'OAIE avait connaissance des différents rapports d'hospitalisation des 5 janvier, 12 février et 9 mars 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_, de la Dresse H.\_\_\_\_\_, et du Dr I.\_\_\_\_\_ qui ont fait état du polytraumatisme subi par l'assuré lors de son accident du 29 décembre 2009, ayant chuté après avoir souffert d'un évanouissement d'un échafaudage de 2.5 m de hauteur (cf. Feuille annexe R à la demande de prestations, signé par l'assuré le 14 juillet 2011 [AI pce 23]). Ils ont aussi fait état des complications survenues (infections, saignements, critical illness ; AI pces 18 à 20). L'OAIE s'est fondé également sur le rapport médical détaillé E 213 du 28 mars 2011, signé de la Dresse A.\_\_\_\_\_ qui a observé un diabète mellitus insulino-dépendant évaluant depuis 20 ans et difficilement contrôlé, une rétinopathie diabétique traitée actuellement par photocoagulation, une insuffisance rénale chronique du stade III, une polyneuropathie mixte, une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire et un polytraumatisme. Par ailleurs, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a noté du point de vue neurologique que l'assuré ne présente pas de tremblements et qu'il peut marcher 3 km. Elle a conclu que l'assuré ne peut plus poursuivre sa profession de plâtrier et peintre mais, à plein temps, une activité adaptée n'impliquant pas de forces physiques (AI pce 7). Invitée par l'OAIE à prendre position sur ces rapports médicaux, la Dresse B.\_\_\_\_\_, néphrologue FMH, dans sa prise de position médicale du 19 juillet 2011, a retenu le diagnostic principal suivant : - un état après polytraumatisme du 29 décembre 2009 avec traumatisme crânien léger et notamment fractures des orbites bilatérales, fracture de l'omoplate droite, traumatisme thoracique avec hémopneumothorax, contusions pulmonaires et fractures multiples des côtes, - un état après intubation et infections bactériennes dont une critical illness polyneuropathie. A titre secondaire, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a noté : - un diabète mellitus type 1, - une polyneuropathie axonale et démyélinisante d'origine mixte (critical illness et diabète), - une rétinopathie diabétique, - une insuffisance rénale modérée (TFG 35ml/min), - une hypertension artérielle, - une fibrillation auriculaire paroxystique, - un état après syncope en 2010 d'origine pharmacologique principalement, - un strabisme de l'oeil gauche. La Dresse B.\_\_\_\_\_ a conclu que l'assuré a présenté une incapacité de travail passagère de 5 mois, à savoir jusqu'en mai 2010, suite à son accident, au polytraumatisme alors subi et aux complications survenues. Les rapports médicaux n'indiquant pas d'autres limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail, elle a estimé que l'assuré peut toujours poursuivre son activité professionnelle habituelle (AI pce 24).

#### **E. 8.1.2**

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a encore versé au dossier les rapports médicaux suivants, antérieurs à la décision du 12 octobre 2011 (TAF pce 9 annexes): - le résultat de l'IRM cérébrale du 10 mai 2010 du Dr J.\_\_\_\_\_ (annexe 5), - le rapport médical du 15 août 2010 du Dr K.\_\_\_\_\_ suite à la consultation d'urgence de l'assuré de la veille pour hyperglycémie (annexe 6), - le rapport médical du 4 février 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_, neurologue et psychiatre, qui a observé notamment un trouble d'adaptation et de dépression mixte, grave et chronique, de type réactionnel. Il estime que son patient présente une incapacité permanente d'accomplir une activité professionnelle (annexe 9), - le rapport neurologique, manuscrit, du 12 mai 2011 de la Dresse M.\_\_\_\_\_ qui note que le recourant

peut marcher sans problèmes 2 km et monter des escaliers, que les réflexes, la mobilité et la force dans les extrémités sont conservés (annexe 10), - le résultat de l'IRM cérébrale sans contraste du 13 juin 2011 du Dr N. \_\_\_\_\_ (annexe 11), - le rapport médical du 23 juin 2011 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ qui observe notamment un tremblement postural dans les deux mains, cinétique et dominant à gauche ainsi qu'une démarche maladroite, obligeant le recourant à s'arrêter après 500 m (annexe 12), - les résultats de l'examen de l'épaule gauche par IRM et par la tomographie par ordinateur des 25 août et 6 septembre 2011, signés du Dr J. \_\_\_\_\_ (annexes 13 et 14). La Dresse B. \_\_\_\_\_ explique dans sa prise de position du 27 avril 2014 que les rapports neurologiques des Dresses M. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, la dernière se basant notamment sur le résultat de l'examen crânien du 13 juin 2011 du Dr N. \_\_\_\_\_, ne font pas état de limitations fonctionnelles déterminantes à part un simple tremblement. Elle ne retient pas les conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ du 4 février 2011, expliquant que celui-ci n'a pas effectué des examens neurologiques. La Dresse relève que la consultation d'urgence du 14 août 2010 pour hyperglycémie ne concerne qu'un problème médical passager et que les examens de l'épaule gauche des 25 août et 6 septembre 2011 ne démontrent aucune limitation fonctionnelle de l'épaule qui a conservé sa mobilité et sa musculature (TAF pce 13 annexe).

#### **E. 8.2.1**

En 2013, l'OAIE disposait des documents médicaux suivants : - le rapport de la consultation endocrinologique du 31 octobre 2012 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ qui note les complications du diabète, diagnostiqué en 1989, à savoir une rétinopathie photocoagulée, une insuffisance rénale chronique sévère (stade 4) actuellement TFG 30, une neuropathie sensitive motrice mixte sévère mais sans lésions aux pieds, une gastroparésie diabétique et une hypotension orthostatique. La Dresse fait également état d'une hypertension artérielle contrôlée, d'une insuffisance rénale en état de pré dialyse avec actuellement hyperkaliémie, d'un bon contrôle lipidique, d'une maladie thyroïdienne auto-immune, d'une anémie chronique, d'une fibrillation auriculaire paroxystique en 2009 et d'un antécédent de polytraumatisme en 2009 (AI pce 35 p. 8), - le rapport détaillé E 213 du 6 mars 2013 du Dr D. \_\_\_\_\_ qui note comme diagnostic un diabète mellitus de type 1 et des affections multiorganiques, dont notamment une aggravation de la fonction rénale (état IV). Le Dr D. \_\_\_\_\_ estime que l'assuré peut exercer à 30% une activité adaptée qui permet une gestion individuelle du temps, qui n'implique pas de travail physique lourd ou moyennement lourd, ou présentant un risque vital ou se déroulant dans un environnement contaminé ou exposé au froid ou à la chaleur (AI pce 35). Sur la base de ces documents, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a noté dans sa réponse du 1er août 2013 que le nouveau rapport médical E 213 du 6 mars 2013, par rapport au dernier rapport E 213 du 28 mars 2011, ne fait pas état d'une modification déterminante des constats cliniques antérieurs. Expliquant son appréciation, elle maintient que l'assuré présente une capacité de travail entière aussi dans son activité habituelle (AI pce 50).

#### **E. 8.2.2**

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit le rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ du 20 février 2014 qui retient comme diagnostic un diabète insulino-dépendant avec rétinopathie diabétique proliférative photocoagulée, une néphropathie diabétique avec insuffisance rénale chronique (degré IV) en situation de pré dialyse avec TFG 30 et hyperkaliémie, une neuropathie et gastroparésie diabétique, une cardiopathie, une gliose cérébrale posttraumatique et vasculaire chronique, une anémie chronique suite à l'insuffisance rénale et aux autres troubles ainsi qu'un trouble dépressif réactionnel et

d'adaptation grave. Ce médecin, conclut que le recourant présente une incapacité de gain de 86%, tenant compte des conditions professionnelles et personnelles de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles (limitations à exercer un travail physique et un travail nécessitant de la concentration et de l'attention) et du fait que ces maladies sont chroniques, présentant une évolution dégressive (TAF pce 9 annexe 1). Dans sa prise de position du 27 avril 2014, la Dresse B. \_\_\_\_\_ critique le rapport du 20 février 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_, expliquant que celui-ci ne mentionne que des diagnostics qui ne sont pas prouvés et qui n'impliquent pas une limitation fonctionnelle invalidante (TAF pce 13 annexe).

### **E. 8.2.3**

Le 19 juin 2014, le recourant a encore déposé le dernier rapport neurologique du 16 juin 2014 de la Dresse F. \_\_\_\_\_. Cette Dresse note notamment une démarche maladroite, surtout sur les talons, ainsi qu'un tremblement postural et cinétique dans les deux mains, prédominant à gauche, qui implique une difficulté à tenir des objets comme une vase ou une cuillère sans renverser son contenu (TAF pce 16 annexe).

### **E. 8.3**

Comparant les situations existantes en 2011 et 2013, le TAF ne peut pas suivre l'OAIE qui, se basant sur la position de son service médical, soutient que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié d'une manière significative. En effet, le rapport endocrinologique du 31 octobre 2012 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ et le rapport détaillé E 213 du 6 mars 2013 du Dr D. \_\_\_\_\_ font état d'une insuffisance rénale en stade de pré-dialyse (stade IV; AI pce 35) alors que les anciens rapports renaient une insuffisance rénale de stade III, qui est qualifiée de modérée (AI pces 7 et 18 à 20). S'il est vrai que la Dresse C. \_\_\_\_\_ mentionne également que le recourant présente "actuellement" un taux de filtration glomérulaire (TFG) de 30ml - correspondant au stade III, mais se trouvant à la limite au stade IV qui commence à 29 ml - la Dresse B. \_\_\_\_\_ ne pouvait pas faire abstraction du fait que les médecins espagnols ont néanmoins clairement retenu un état de pré-dialyse qui doit être qualifié de sévère et qui constituerait une modification significative de l'état de santé même si en 2011 le recourant présentait déjà un TFG bas, de 35 ml. Dans la mesure où il existe donc un certain doute sur le diagnostic du degré de l'insuffisance rénale du recourant - et notamment sur les conséquences d'une telle affection sur sa capacité de travail résiduelle - il appartenait à l'Office AI, suivant la maxime inquisitoire (cf. consid. 7.1), de demander un rapport néphrologique complet et actuel avant de se déterminer sur l'état de santé du recourant. De surplus, le Tribunal constate que la Dresse C. \_\_\_\_\_ fait également état d'une anémie chronique (AI pce 35 p. 8) ce qui constitue un indice supplémentaire parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant intervenue depuis 2011. Du reste, par rapport à l'estimation de la Dresse A. \_\_\_\_\_ en 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_ a revu l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant à la baisse en raison de ses maladies multiples (AI pces 7 et 35).

### **E. 8.4**

En résumé, le Tribunal fédéral retient que les rapports médicaux des 31 octobre 2012 et 6 mars 2013 (AI pce 35) parlent en faveur d'une modification significative de l'état de santé de l'assuré par rapport à 2011, mais que cette question ne peut être tranchée définitivement qu'une fois son état médical établi d'une façon suffisante. Dans ce cadre, il sied de remarquer qu'il appartiendra également d'examiner la santé psychique de l'assuré, celui-ci ayant souffert en 2011 au moins d'un trouble d'adaptation et de dépression (cf. rapport du 4

février 2011 du Dr L. \_\_\_\_\_ [TAF pce 9 et annexe]). De même, l'OAIE devra se déterminer sur le dernier rapport du 16 juin 2014 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ qui décrit notamment les limitations fonctionnelles du recourant d'un point de vue neurologique (TAF pce 16 annexe). Le dossier médical étant lacunaire, le TAF ne peut pas non plus retenir les conclusions de la Dresse B. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail résiduelle du recourant. Le Tribunal tient simplement à souligner que le médecin de l'OAIE devra tenir compte du fait que l'activité de plâtrier-peintre habituelle du recourant implique des travaux physiques lourds, une utilisation fiable des mains ainsi qu'un risque d'accident - accru en cas d'un état de santé fragile - ce travail étant souvent effectué sur un échafaudage.

## **E. 9**

Le recourant demande l'octroi d'une rente d'invalidité se basant d'une part sur les décisions de la sécurité sociale espagnole et d'autre part sur le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 20 février 2014.

### **E. 9.1**

L'OAIE l'a soulevé à juste titre, la procédure, les conditions d'octroi ainsi que l'évaluation de l'invalidité donnant droit à une rente sont en l'espèce exclusivement déterminées selon le droit suisse (cf. consid. 3.2 ci-dessus). Or, en Suisse, le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins. Il est calculé, en principe, en comparant le revenu sans invalidité avec le revenu avec invalidité (cf. consid. 6.2 et 6.3 ci-dessus). Une maladie grave ne fonde en tant que telle pas une invalidité (cf. arrêt du TAF C-3682/2010 du 5 septembre 2011 consid. 8). Celle-ci est établie sur la base de l'incapacité de travail actuelle, déterminante au moment de la décision de l'office AI, et non pas sur une incapacité de travail éventuelle future. Ainsi, en l'occurrence, le fait seul que le recourant souffre d'un diabète de type 1 chronique et progressif n'est pas relevant. En outre, au vu de l'art. 6 LPGA (cf. consid. 6.2 ci-dessus), l'on peut exiger que la personne assurée accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé afin de réduire sa perte de gain, même si cette activité diffère de sa profession habituelle. En effet, il incombe à la personne assurée une obligation de diminuer le dommage, un principe généralement valable dans les assurances sociales suisses (ATF 123 V 96 consid. 4c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a; Ulrich Meyer Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Il sied encore de remarquer que le marché de travail offre un large éventail de postes qui ne nécessitent aucune connaissance particulière de la part d'un employé. Une personne assurée peut donc accepter tels postes sans devoir suivre une formation spécifique. Ainsi, en Suisse, contrairement à ce qui semble être valable en Espagne (cf. rapport du Dr. E. \_\_\_\_\_ du 20 février 2014 [TAF pce 9 annexe 1]), l'on ne tient pas compte des conditions personnelles de la personne assurée, telles ses connaissances et habilités professionnelles. Par ailleurs, ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local, ne constituent un critère relevant de l'assurance-invalidité suisse (cf. arrêt du TAF I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI, VSI, 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b). Partant, l'OAIE n'est pas obligé de suivre les décisions de la sécurité sociale espagnole; l'argument du recourant est infondé.

### **E. 9.2**

Le TAF ne peut pas non plus retenir les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_ du 20 février 2014, celui-ci ayant basé son appréciation, tout comme l'OAIE, sur un dossier médical lacunaire mais aussi sur des éléments non déterminants en Suisse (cf. consid. ci-dessus). Les conclusions du recourant tenant à l'octroi d'une rente d'invalidité ne sont donc pas retenues.

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours du 8 novembre 2013 de l'assuré doit être partiellement admis et la décision du 9 octobre 2013 annulée. Le renvoi 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 n'a notamment pas établi d'une manière suffisante l'état de santé médical (notamment d'un point de vue néphrologique et psychiatrique; mais aussi neurologique). Il lui appartiendra de demander des rapports médicaux complets et actuels avant de prendre une nouvelle décision.

#### **E. 11**

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 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 4 et 5), 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.