

BVGer C-848/2018 vom 15. Juni 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-848_2018

FR: TAF C-848/2018 du 15 juin 2021

IT: TAF C-848/2018 del 15 giugno 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

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 (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 2 à 5), le recours est recevable.

E. 2

L'objet de la contestation est circonscrit par la décision du 3 janvier 2018, par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations du recourant, au motif que si ce dernier est empêché d'exercer sa dernière activité d'ouvrier forestier, il peut travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Le recourant, de son côté, demande au préalable que la procédure conduite par l'OAIE soit déclarée nulle à raison de la langue, puis fait valoir que les atteintes à la santé dont il souffre l'empêchent d'exercer toute activité professionnelle ; il requiert ainsi l'octroi d'une rente d'invalidité. Il s'agit donc d'examiner en l'espèce, si tant est que la décision n'est pas nulle, si l'autorité inférieure a estimé à juste titre que l'intéressé présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, correspondant à un taux d'invalidité n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité.

E. 3

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il 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 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). 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*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui 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 du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

E. 4.2

Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 3 janvier 2018). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'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 (arrêts du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 4.3

Ainsi que le relève à juste titre le recourant dans sa réplique, l'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où l'intéressé est un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A

compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

E. 5

Le recourant fait valoir au préalable que le dossier ayant été instruit en français alors que sa langue maternelle est l'espagnol, les difficultés de compréhension qui en ont résulté ont nui à la défense de ses droits, de sorte qu'il conviendrait de déclarer la nullité de la procédure conduite par l'administration.

E. 5.1

L'art. 33a PA règle la question de la langue de la procédure, devant l'autorité inférieure notamment. Il prévoit que la procédure est conduite dans l'une des quatre langues officielles (allemand, français, italien et romanche), en règle générale la langue dans laquelle les parties ont déposé ou déposeraient leurs conclusions, ce qui signifie que la décision est également prise dans l'une des langues officielles. Cela étant, ni le principe de l'égalité des langues, ni le principe de la langue officielle n'interdisent aux collaborateurs d'une autorité fédérale de rédiger des communications internes dans une des langues nationales qui n'est pas la langue officielle utilisée concrètement dans les relations avec l'administré. Aussi les dossiers en matière d'assurances sociales comportent-ils presque systématiquement des pièces médicales rédigées dans plusieurs langues officielles, voire d'ailleurs dans d'autres langues s'agissant en particulier des dossiers traités par l'autorité inférieure ; il en va ainsi, par exemple, des avis fournis par les médecins conseils des assureurs, présentés d'ordinaire dans la langue de travail du spécialiste interpellé plutôt que dans la langue de l'administré (dans ce contexte, voir arrêt du TF 8C_90/2014 du 19 décembre 2014 consid. 2). Par ailleurs, si l'art. 76 ch. 7 du règlement n° 883/2004 permet aux assurés de déposer leurs requêtes ou autres documents dans une langue officielle d'un autre Etat membre que la Suisse, ni cette disposition, ni l'ALCP, ni encore l'art. 6 CEDH ou la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent à l'assuré le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue, voire dans la langue d'un des Etats membres de l'UE, des pièces du dossier rédigées dans l'une des langues d'un Etat membre qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite. Aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (ATF 131 V 35 consid. 3.3 et 4.1 et les réf. cit.).

E. 5.2

Il s'ensuit que si l'intéressé a le droit de s'adresser aux autorités et institutions suisses dans une langue officielle d'un Etat membre de l'UE, et ce, en dérogation aux règles de droit interne, ces mêmes autorités et institutions, quant à elles, mènent l'instruction dont elles sont chargées et prononcent leur décision dans l'une des langues nationales, dont ne fait pas partie la langue maternelle du recourant. En l'espèce, l'autorité inférieure a communiqué en

français avec l'intéressé, lequel a travaillé à Z. (partie romande du canton X.) pendant huit ans. Si l'intéressé souhaitait correspondre dans une autre langue officielle qu'il maîtrise mieux, il lui revenait de le signaler. Or, il n'a jamais fait valoir devant l'autorité inférieure de difficultés à comprendre les actes du dossier, ne s'en plaignant pour la première fois que dans son mémoire de recours. On ne saurait dès lors reprocher à l'autorité inférieure d'avoir mené l'instruction de la demande de prestations AI et rédigé la décision querellée en français ; la conclusion du recourant visant ce que cette décision soit déclarée nulle pour ce motif doit être rejetée. A relever que la nullité ne frappe que les décisions affectées des vices les plus graves, manifestes ou du moins facilement décelables, et si, en outre, la constatation de la nullité ne met pas sérieusement en danger la sécurité du droit (ATF 138 II 501 consid. 3.1 ; 137 I 273 consid. 3.1). Sauf dans les cas expressément prévus par la loi, il ne faut admettre la nullité qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire (ATF 130 II 249 consid. 2.4). Entrent avant tout en considération comme motifs de nullité l'incompétence fonctionnelle et matérielle de l'autorité appelée à statuer, ainsi qu'une erreur manifeste de procédure (ATF 129 I 361 consid. 2.1).

E. 6

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI ; voir également art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; FF 2005 p. 4065 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (voir extrait de compte individuel [TAF pce 7]).

E. 7.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 6, 1ère phrase LPGA).

L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 7.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

E. 7.3

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

E. 7.4

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 (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2).

E. 8.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 8.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 8.2.1

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

E. 8.2.2

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

E. 8.2.3

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Valterio, op. cit., art. 57 n° 43). Les prises de position du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment

d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3 ; 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

E. 9.1

Procédant à l'instruction de la demande de prestations AI, l'OAIE a recueilli les documents médicaux suivants : - trois rapports du CHU de Y. : un premier, du 11 décembre 2012, établi par le service d'anesthésiologie et réanimation, où l'intéressé est admis le 7 décembre 2012 ; un deuxième sur l'évolution clinique de l'intéressé du 12 au 16 décembre 2012 établi par les services de la pharmacie et de la chirurgie générale et digestive ; un troisième, de sortie, établi par le service de chirurgie générale et digestive ; les diagnostics retenus sont ceux de septicémie urinaire, de diverticulite non compliquée et de MPOC (OAIE docs 16, 17 p. 1, 18), - un rapport de sortie établi par le service de médecine digestive du CHU de Y., où l'intéressé séjourne du 3 au 4 avril 2013 afin de subir une polypectomie endoscopique ; le diagnostic posé est celui de polype d'environ 2 cm, se trouvant dans le caecum (OAIE doc 17 p. 2), - trois rapports des 10, 11 et 13 décembre 2013 du service des urgences du CHU de Y., où l'intéressé se rend en raison de douleurs lombaires ; l'hypothèse diagnostique est celle de lombalgies (OAIE doc 13 à 15), - un rapport du 18 décembre 2013 du service des urgences du CHU de Y., où l'intéressé se rend, cette fois, en raison de douleurs abdominales, de ballonnements et de constipation ; l'hypothèse diagnostique est celle de douleurs abdominales secondaires à une constipation due au tramadol (antalgique) et de possible névralgie post-herpétique (OAIE doc 12), - un rapport sur l'évolution clinique de l'intéressé du 22 au 31 décembre 2013 établi par les services de médecine digestive, de pneumologie, de médecine interne, de pluripathologie et de neurologie du CHU de Y., suite à un séjour à l'hôpital de l'intéressé du 21 décembre 2013 au 13 janvier 2014, ainsi qu'un rapport de sortie du 13 janvier 2014 établi par le service de neurologie du CHU de Y. ; les diagnostics retenus sont ceux de neuroborréliose, de brucellose, de syndrome dépressif et de diverticulose ; une paralysie du nerf abducens et l'apparition d'une diplopie binoculaire sont notamment observés (OAIE docs 10, 11), - un rapport de sortie du 31 janvier 2014 établi par le service de médecine interne du CHU de Y. suite à un quatrième séjour à l'hôpital de l'intéressé du 21 au 31 janvier 2014 ; les diagnostics retenus sont ceux d'embolie pulmonaire, de thrombose veineuse profonde au niveau fémoro-poplité gauche, d'insuffisance rénale aiguë résolue, de syndrome anxio-dépressif et de neuroborréliose ; il est également observé que la diplopie persiste ; par ailleurs, l'intéressé présentant une anxiété qui rend difficile son traitement médicamenteux à domicile, une consultation psychiatrique est mise en place afin d'ajuster le traitement administré (OAIE doc 9), - un rapport de sortie de chirurgie ambulatoire, établi par le service d'ophtalmologie du CHU de Y. le 5 avril 2016, suite à une intervention réalisée au niveau de l'oeil gauche en raison du strabisme convergent post-parésie du nerf VI et de la diplopie associée, ainsi qu'un rapport du 8 avril 2016 du même service, où l'intéressé s'est rendu car son oeil gauche était rouge ; l'hypothèse diagnostique posée le 8 avril 2016 est celle d'hémorragie subconjonctivale de l'oeil gauche post-opératoire (OAIE docs 7, 8), - un rapport médical du 30 mai 2016 du Dr F._____, lequel retient les diagnostics de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche, d'embolie pulmonaire ancienne, d'insuffisance veineuse résiduelle du membre inférieur gauche, de probable MPOC, et de probable maladie de Lyme avec

manifestations neurologiques et articulaires (OAIE doc 6), - un rapport médical du 27 septembre 2016 du service de médecine interne du CHU de Y., qui note qu'il n'y a aucun changement depuis la dernière consultation ; les troubles relevés sont une MPOC sévère, une glycémie basale altérée, une thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche, une embolie pulmonaire en janvier 2014, une neuroborréliose en décembre 2014 (recte : décembre 2013), une réinfection de neuroborréliose, un syndrome anxio-dépressif et une obésité de type 2 (OAIE doc 5), - un rapport médical d'évaluation de l'incapacité de travail du 24 novembre 2016 établi par la Dre G._____, médecin inspectrice auprès de l'INSS ; celle-ci note le diagnostic principal d'asthme obstructif chronique, ainsi que les diagnostics de réinfection de neuroborréliose, d'intervention pour strabisme convergent le 5 avril 2016, de MPOC et de trouble anxio-dépressif ; elle rapporte que l'intéressé est en incapacité de travail depuis le 1er décembre 2015 en raison d'une réinfection de neuroborréliose ; la Dre G._____ considère que l'intéressé est limité lorsqu'il s'agit d'activités exigeant des efforts physiques modérés à lourds ou qui doivent s'effectuer dans un environnement où l'air est dégradé (OAIE doc 19), - un rapport E 213 du 4 janvier 2017 établi par le Dr C._____, lequel pose les mêmes diagnostics et retient les mêmes limitations dans l'exercice d'activités que la Dre G._____ ; il conclut que l'intéressé ne peut plus exercer son activité habituelle d'ouvrier forestier, mais qu'il peut exercer à temps complet une activité adaptée, respectant les limitations mises en évidence (OAIE doc 20).

E. 9.2

Se fondant sur les éléments qui précèdent, le Dr D._____, médecin auprès du service médical de l'OAIE, retient, dans sa prise de position du 11 octobre 2017, les diagnostics principaux de neuroborréliose, traitée avant une réinfection en décembre 2015 et ayant provoqué une parésie du nerf crânien VI à l'origine d'un strabisme convergent ayant nécessité une chirurgie correctrice le 5 avril 2016, de syndrome lombovertébral sur altérations dégénératives (code CIM : M47.8) et de bronchopneumopathie obstructive chronique (code CIM : J44). Le Dr D._____ reconnaît à l'intéressé une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 20% dès le 10 décembre 2013, de 50% dès le 21 janvier 2014 et de 80% dès le 1er décembre 2015 ; en revanche, la capacité de travail est entière dès le 10 décembre 2013 dans une activité adaptée, exercée en position assise ou alternée, n'exigeant pas de se pencher, ni de porter des charges de plus de 7 à 10 kg (OAIE doc 34).

E. 9.3

A l'issue de cette instruction, l'OAIE, se basant sur l'avis de son service médical précité, a considéré que l'état de santé de l'intéressé lui permettait d'exercer une activité lucrative adaptée, plus légère que l'activité habituelle, à 100%, avec une diminution de la capacité de gain de 20% à partir du 10 décembre 2013 et de 25% dès le 21 janvier 2014 (OAIE docs 35, 37). Le recourant critique l'évaluation à laquelle a procédé l'autorité inférieure, qui serait erronée. Reprenant le contenu des documents de l'INSS lui reconnaissant une incapacité de travail permanente, il reproche à l'OAIE d'avoir ignoré le trouble anxio-dépressif dont il souffre et de ne retenir aucune limitation fonctionnelle en lien avec ce trouble. Il joint à son recours un rapport psychiatrique du 21 novembre 2016. Il relève par ailleurs que ses autres atteintes à la santé provoquent des limitations fonctionnelles importantes qui l'empêchent d'exercer des activités qui exigent des efforts physiques et des positions difficilement supportables pour la colonne vertébrale, et qu'il ne peut donc accomplir son travail avec un minimum d'efficacité. Il s'étonne également que l'évaluation de l'invalidité faite par l'administration suisse se fonde uniquement sur les rapports des médecins espagnols, sans

qu'un examen médical n'ait été effectué sur sa personne (TAF pces 1, 9).

E. 9.4

Appelé à s'exprimer en procédure de recours, le Dr D._____, dans son avis du 19 mai 2018, ajoute, par rapport à sa première prise de position, le diagnostic d'état anxio-dépressif et, parmi les limitations fonctionnelles, le stress et des nuisances à éviter, tels que la poussière, les émanations, le froid, l'humidité et les intempéries ; il note qu'au niveau somatique, il n'existe aucune indication concernant de nouvelles atteintes pouvant affecter la capacité à travail, et s'en remet au service psychiatrique de l'OAIE pour l'aspect psychologique. Dans sa prise de position du 31 mai 2018, le Dr H._____, psychiatre, estime qu'il n'existe pas de réelle atteinte psychiatrique en l'espèce, ni, partant, d'incapacité de travail liée à l'état psychique.

E. 10

Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter des constats et conclusions du service médical de l'OAIE et de l'autorité inférieure, convaincants au regard de la documentation au dossier. Celle-ci, qui émane de médecins ayant tous examiné l'intéressé, soit qu'ils l'aient traité dans le cadre de leur mandat thérapeutique, soit qu'il s'agisse de médecins consultés au cours de la procédure menée par les autorités espagnoles en vue de l'octroi d'une rente espagnole d'invalidité (Dre G._____) ou mandatés pour établir le rapport E 213 à l'attention de l'OAIE (Dr C._____), est concordante et permet d'établir, au degré de preuve requis, les circonstances médicales pertinentes au cas d'espèce.

E. 11.1

Il ressort ainsi de cette documentation que le recourant a séjourné une première fois au CHU de Y. du 7 au 20 décembre 2012 pour une septicémie urinaire et une diverticulite non compliquée. A cette occasion, sont également relevés une MPOC, dont il est dit que l'intéressé a souffert toute sa vie, et, parmi ses antécédents, une hypertension artérielle et un syndrome dépressif. Les rapports figurant au dossier, concernant ce premier séjour à l'hôpital, indiquent qu'un traitement antibiotique est administré, que le 13 décembre 2012, septième jour de la prise d'antibiotique, l'intéressé est cliniquement asymptomatique, mais continue à présenter une masse douloureuse compatible avec un plastron appendiculaire au niveau supra pubien, que le 16 décembre 2012, le patient est afébrile, asymptomatique, mais ressent un léger inconfort à la palpation profonde dans l'hypogastre où il semble y avoir une masse, qu'une coloscopie est effectuée, au cours de laquelle des polypes sont retirés, et, enfin, que l'intéressé quitte l'hôpital le 20 décembre 2012 après avoir subi divers examens (rapport du service d'anesthésiologie et réanimation du 11 décembre 2012, rapport sur l'évolution clinique du 12 au 16 décembre 2012 établi par les services de la pharmacie et de la chirurgie générale et digestive et rapport de sortie du service de chirurgie générale et digestive [OAIE docs 16, 17 p. 1, 18]). Ces documents médicaux ne font état d'aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail en lien avec ces atteintes, traitées avec succès si l'on en croit les rapports des services du CHU de Y. Le recourant, qui indique avoir pu travailler jusqu'au 1er décembre 2015 (voir questionnaire pour indépendants du 11 août 2017 [OAIE doc 32 p. 1 à 3]), ne fait d'ailleurs valoir aucun empêchement ou difficulté à reprendre son travail suite à ces problèmes de santé. C'est donc à raison que le service médical de l'OAIE n'a pas retenu d'incapacité de travail à cette date. Il en va de même du deuxième séjour au CHU de Y. du 3 au 4 avril 2013, où l'intéressé a subi une polypectomie endoscopique, réalisée sans complications, afin de retirer un polype d'environ 2 cm se

trouvant dans le caecum. Suite à cette intervention, les médecins recommandent du repos durant une semaine, après lequel le recourant pourra reprendre un rythme de vie normal (rapport de sortie établi par le service de médecine digestive [OAIE doc 17 p. 2]). A nouveau, l'atteinte rapportée n'a pas donné lieu à une incapacité de travail durable.

E. 11.2.1

Les documents au dossier font ensuite état de quatre consultations au service des urgences du CHU de Y. en décembre 2013. Les rapports des 10, 11, 13 et 18 décembre 2013 indiquent que l'intéressé s'est tout d'abord rendu aux urgences en raison de douleurs lombaires, traitées en premier lieu par son médecin traitant au moyen d'analgésiques, mais sans succès ; ces douleurs, décrites comme mécaniques et n'irradient pas dans les membres inférieurs, étaient accompagnées d'une zone érythémateuse sur les deux flancs, traitée par l'application d'une crème ; lors de l'examen aux urgences, des douleurs sont ressenties à la palpation de la musculature paravertébrale ; l'hypothèse diagnostique posée est celle de lombalgies, traitées par antiémétiques et analgésiques, ainsi que par du repos (OAIE doc 13 à 15). Puis, c'est en raison de douleurs abdominales, de ballonnements et de constipation, apparus progressivement depuis le début du traitement prescrit pour les douleurs lombaires, que le recourant est allé une nouvelle fois, le 18 décembre 2013, au service des urgences du CHU de Y. ; l'hypothèse diagnostique est cette fois celle de douleurs abdominales secondaires à une constipation due au tramadol et de possible névralgie post-herpétique ; l'évolution est qualifiée de bonne après traitement analgésique et lavement (OAIE doc 12).

E. 11.2.2

Le 21 décembre 2013, le recourant est finalement admis en médecine interne en raison des lombalgies et des lésions cutanées qui l'ont conduit aux urgences à plusieurs reprises. Le rapport de sortie du 13 janvier 2014 et le rapport sur l'évolution clinique de l'intéressé pour la période du 22 au 31 décembre 2013, établis par les services de médecine digestive, de pneumologie, de médecine interne et de pluripathologie, et de neurologie du CHU de Y. indiquent que le recourant, qui explique avoir souffert de morsures de tiques et consommer le lait de ses vaches sans le faire bouillir, est transféré en neurologie le 22 décembre 2013 pour un soupçon de neuroborréliose et l'apparition d'une diplopie binoculaire. Une ponction lombaire est effectuée afin de confirmer le diagnostic de neuroborréliose, ainsi qu'un examen sérologique pour établir une possible brucellose. Une paralysie du nerf abducens à gauche et l'apparition d'une diplopie binoculaire, des paresthésies au niveau du flanc abdominal droit, des signes isolés de leucoaraïose et un début d'altérations dégénératives au niveau lombaire sont notamment observés. Les tests d'imagerie réalisés ne montrent cependant aucune altération significative. Enfin, le patient apparaît déprimé, symptôme qui s'aggrave pendant son séjour à l'hôpital. A la suite de ces divers examens et constats, les diagnostics retenus sont ceux de neuroborréliose, de brucellose, de syndrome dépressif et de diverticulose. Un traitement à base d'antibiotiques et d'antidépresseur est administré, et un suivi neurologique externe est prévu. Le 13 janvier 2014, à la fin du traitement par voie intraveineuse, le recourant est renvoyé chez lui où il poursuit le traitement médicamenteux (OAIE docs 10, 11).

E. 11.2.3

Le 21 janvier 2014, l'intéressé entre une quatrième fois à l'hôpital, en raison d'un malaise général, de dyspnée à l'effort léger à modéré et d'une douleur dans le membre inférieur gauche, pour un séjour qui durera jusqu'au 31 janvier 2014. Le rapport de sortie du 31

janvier 2014 établi par le service de médecine interne du CHU de Y. note les diagnostics d'embolie pulmonaire, de thrombose veineuse profonde au niveau fémoro-poplitée gauche, d'insuffisance rénale aiguë résolue, de syndrome anxio-dépressif et de neuroborréliose. Il est en outre observé une persistance de la diplopie et la présence de polypes. Dès l'admission de l'intéressé, un traitement d'anticoagulants est administré afin de traiter la thrombose et l'embolie pulmonaire. Par ailleurs, le recourant présentant une anxiété qui rend difficile son traitement à domicile, une consultation psychiatrique est mise en place afin d'ajuster le traitement administré. Le rapport de sortie indique que cette mesure est suivie d'une amélioration clinique et qu'au 31 janvier 2014, jour du rapport, l'intéressé est stable sur le plan hémodynamique, afebrile et eupnéique sans oxygène additionnel ; il est donc décidé de le laisser sortir de l'hôpital et de le suivre de manière ambulatoire. Des médicaments pour le traitement des troubles de l'estomac et de l'hypertension, des antibiotiques, des antidépresseurs et des anxiolytiques, ainsi qu'un anticoagulant sont prescrits (OAIE doc 9).

E. 11.2.4

Les rapports précités ne font pas, eux non plus, état de limitations fonctionnelles ou d'une incapacité de travail temporaire ou permanente, qui se maintiendrait au-delà de la durée des hospitalisations. A nouveau, le recourant ne fait, de son côté, valoir aucun empêchement ou difficulté à reprendre son travail suite à ces problèmes de santé. Tout comme l'intéressé (voir questionnaire pour indépendants du 11 août 2017 [OAIE doc 32 p. 1 à 3]), la Dre G. _____, médecin inspectrice auprès de l'INSS, seule médecin, hormis le service médical de l'OAIE, à s'être exprimée à ce sujet, fixe le début de l'incapacité de travail au 1er décembre 2015, en lien avec une réinfection de borréliose (voir rapport médical d'évaluation de l'incapacité de travail du 24 novembre 2016 [OAIE doc 19]). Cela étant, le service médical de l'OAIE, dans sa prise de position du 11 octobre 2017 (OAIE doc 34), confirmée par avis du 19 mai 2018 (TAF pce 7), considère, au vu des atteintes et traitements subis par le recourant, que ce dernier présentait déjà une incapacité de travail de 20% dans son activité habituelle dès le 10 décembre 2013, soit dès sa première visite aux urgences en raison de douleurs lombaires, visite ayant précédé deux hospitalisations, la première afin de traiter la borréliose finalement diagnostiquées, la seconde, dès le 21 janvier 2014, pour soigner une embolie pulmonaire et une thrombose veineuse. Le service médical de l'OAIE estime par ailleurs qu'à partir de cette dernière date et jusqu'au 30 novembre 2015, l'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle a augmenté pour atteindre 50%. Bien que la position du service médical de l'OAIE ne soit pas corroborée par la documentation médicale au dossier - qui, dans le même temps, ne l'infirmes pas -, le Tribunal de céans peut suivre cette position : d'une part, elle n'est pas inconcevable compte tenu des troubles dont a souffert le recourant et des traitements qui ont dû lui être administrés ; d'autre part, et avant tout, elle n'est pas en sa défaveur, dans la mesure où elle a pour conséquence d'ouvrir, dès le 10 décembre 2013 déjà, la période d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, dont l'écoulement est l'une des conditions nécessaires à l'octroi d'une rente de l'AI suisse (art. 28 al. 1 let. c LAI ; voir toutefois art. 29 al. 1 LAI ; voir supra consid. 7.2 et 7.4). En effet, pour déterminer l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, il y a lieu de se référer uniquement à la baisse de rendement dans la profession que la personne concernée exerçait jusqu'alors et qui a donné lieu, sur la base de constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début du délai d'attente. Ainsi, pour établir quand la période d'attente de 365 jours commence à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel cette personne a subi une diminution sensible de son

rendement dans son activité professionnelle, une réduction de la capacité de travail de 20% étant en principe suffisante pour ouvrir cette période d'attente (Valterio, op. cit., art. 28 n° 9 et 13).

E. 11.3.1

La documentation médicale au dossier consiste ensuite en deux rapports établis par le service d'ophtalmologie du CHU de Y. les 5 et 8 avril 2016. Le premier concerne une intervention de chirurgie ambulatoire réalisée sans complications le 5 avril 2016 au niveau de l'oeil gauche, afin de traiter le strabisme convergent post-parésie du nerf VI et la diplopie associée, dont souffre l'intéressé ; le second rapporte que quelques jours après l'opération, le patient est revu par le service d'ophtalmologie car son oeil gauche est rouge, symptôme d'une possible hémorragie subconjonctivale post-opératoire. Comme après l'intervention du 5 avril 2006, le traitement consiste en l'application quotidienne de gouttes, et le recourant peut mener une vie normale (OAIE docs 7, 8).

E. 11.3.2

Puis figurent aux actes un rapport du 30 mai 2016 du Dr F._____ et un rapport du 27 septembre 2016 du service de médecine interne du CHU de Y., qui note qu'il n'y a aucun changement dans l'état de l'intéressé. Les atteintes dont il est fait état, déjà connues pour la plupart, sont celles de MPOC sévère, de glycémie basale altérée, de thrombose veineuse profonde et d'insuffisance veineuse résiduelle du membre inférieur gauche (syndrome post-thrombotique), d'embolie pulmonaire en janvier 2014, de neuroborréliose en décembre 2014 (recte : décembre 2013), traitée du 2 janvier 2014 au 5 mars 2015, avec diplopie corrigée par chirurgie en avril 2016, d'hypertension, de syndrome anxio-dépressif et d'obésité de type 2. Le traitement prescrit consiste toujours en médicaments contre l'hypertension, en antithrombotique, en antidépresseurs et en anxiolytiques, auquel est ajouté un traitement bronchodilatateur. Cela étant, tandis que le Dr F._____ conseille une extrême prudence à son patient dans l'exercice de son activité professionnelle afin d'éviter les morsures de tiques, au vu de ses antécédents, le document médical du 27 septembre 2016 rapporte, sans plus de détail toutefois, un élément nouveau, à savoir, précisément, la survenance d'une réinfection de neuroborréliose (OAIE docs 5, 6).

E. 11.3.3

La Dre G._____, médecin inspectrice auprès de l'INSS, chargée d'examiner l'intéressé dans le cadre de la procédure d'évaluation de l'incapacité de travail menée par les autorités espagnoles, apporte des précisions à cet égard dans son rapport ultérieur du 24 novembre 2016 (OAIE doc 19). Ainsi, retenant, comme diagnostic principal, celui d'asthme obstructif chronique, ainsi que les diagnostics déjà connus d'intervention pour strabisme convergent le 5 avril 2016, de MPOC et de trouble anxio-dépressif, elle note également celui de réinfection de neuroborréliose, motif de l'incapacité à exercer son activité lucrative habituelle, dans laquelle se trouve le recourant depuis le 1er décembre 2015. La Dre G._____ s'exprime également plus longuement sur le plan psychologique, indiquant que l'intéressé est suivi auprès de l'USM depuis 2014 pour un trouble anxio-dépressif et se référant à un rapport de cette Unité du 21 novembre 2016 - produit en procédure de recours -, selon lequel l'état du recourant serait stationnaire, une guérison complète de l'épisode dépressif initial étant difficile à prévoir étant donné la persistance des pathologies physiques. Elle mentionne en outre le traitement suivi par le recourant, toujours constitué d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, de médicaments contre l'hypertension artérielle et pour

soigner la MPOC. Enfin, la Dre G._____ rapporte une marche autonome sans boiterie, une fonctionnalité axiale et périphérique complète, un examen cardiopulmonaire normal, l'absence de dyspnée et un état eurythmique ; elle se prononce sur les limitations fonctionnelles de l'intéressé, estimant que celui-ci est limité lorsqu'il s'agit d'activités exigeant des efforts physiques modérés à lourds ou qui doivent s'effectuer dans un environnement où l'air est dégradé. C'est en se fondant en particulier sur le rapport de la Dre G._____ du 24 novembre 2016 que l'INSS a retenu une incapacité de travail temporaire dès le 1er décembre 2015, qu'un dossier pour incapacité permanente a été ouvert le 1er décembre 2016 et qu'une rente d'invalidité a été octroyée dès le 3 janvier 2017 par les autorités espagnoles, pour réinfection de neuroborréliose, intervention pour strabisme convergent le 5 avril 2016, MPOC et trouble anxio-dépressif (OAIE docs 28, 30 à 32).

E. 11.3.4

Les observations et conclusions de la Dre G._____, dont le rapport apparaît clair et cohérent, se trouvent corroborées par le contenu du rapport E 213 du 4 janvier 2017 établi par le Dr C._____ sur la base d'un examen de l'intéressé pratiqué le 1er décembre 2016. Le Dr C._____, qui retient les mêmes diagnostics que la Dre G._____ et fait état des mêmes limitations fonctionnelles, arrive à la conclusion que l'intéressé ne peut plus exercer son activité habituelle d'ouvrier forestier. Tenu de s'exprimer, dans le rapport E 213, quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il estime que celui-ci peut exercer à temps complet une telle activité, respectant les limitations mises en évidence (OAIE doc 20).

E. 11.3.5

Enfin, l'intéressé joint à son recours un rapport médical du 21 novembre 2016 de la Dre E._____, psychiatre auprès de l'USM du CHU de Y. Celle-ci rapporte que l'intéressé est suivi par l'USM depuis le 25 février 2014, date à laquelle il présentait des symptômes anxio-dépressifs, d'intensité modérée, liés aux séquelles dues à la neuroborréliose et à la brucellose. Il a été traité par antidépresseurs et anxiolytiques, avec une réponse partielle. Actuellement, son état est stationnaire, une guérison complète de l'épisode dépressif initial étant difficile à prévoir étant donné la persistance des pathologies physiques et les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent. Le diagnostic retenu est celui de trouble anxio-dépressif mixte, et le traitement consiste toujours en prise d'anxiolytiques et d'antidépresseurs (TAF pce 1).

E. 11.4.1

Ainsi, se fondant sur les rapports qui précèdent, le Dr D._____ retient, de façon convaincante, dans sa prise de position du 11 octobre 2017, les diagnostics principaux de neuroborréliose, traitée du 2 janvier 2014 au 5 mars 2015, avant une réinfection en décembre 2015, ayant provoqué une parésie du nerf crânien VI à l'origine d'un strabisme convergent ayant nécessité une chirurgie correctrice le 5 avril 2016, de syndrome lombovertébral sur altérations dégénératives et de bronchopneumopathie obstructive chronique. Suite au recours et à la production du rapport de la Dre E._____, le Dr D._____ ajoute, dans son avis du 19 mai 2018 (TAF pce 7), le diagnostic d'état anxio-dépressif, tout en s'en remettant à cet égard au service psychiatrique de l'OAIE.

E. 11.4.2

Or, dans sa prise de position du 31 mai 2018 (TAF pce 7), le Dr H._____, psychiatre auprès du service médical de l'OAIE, invité à examiner le dossier sous l'angle psychiatrique,

estime qu'il n'existe pas de réelle atteinte psychiatrique en l'espèce, ni, partant, d'incapacité de travail liée à l'état psychique. Relevant le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte figurant dans le rapport E 213 et dans celui de la Dre E. _____ du 21 novembre 2016, le psychiatre constate que ces rapports ne contiennent aucune description ou observations de l'état du recourant, propres à motiver ce diagnostic ; par ailleurs, le Dr H. _____ souligne qu'il est frappant que dans son rapport du 24 novembre 2016, la Dre G. _____ décrive un état euthymique. Ainsi, le Dr H. _____ estime qu'une humeur triste ou du désespoir face à la maladie de Lyme est compréhensible et qu'il s'agit là d'une réaction normale de la part du recourant, qui ne constitue pas, cependant, un trouble psychiatrique intrinsèque ; la psychothérapie, entreprise depuis plusieurs années, vise dès lors à soutenir l'intéressé afin qu'il supporte mieux cette situation, mais n'a pas pour but de guérir un état dépressif.

S'agissant des troubles psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles devrait être évaluée, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral développée dès juin 2015 à propos des troubles psychiques, sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1, 4.1.3, 4.3 et 4.4 ; 143 V 418 consid. 6 ss, 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Cela étant, la Haute Cour a souligné que cette nouvelle jurisprudence ne modifiait en rien celle tirée de l'art. 7 al. 2 LPG, laquelle exige la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et impose un examen objectif de l'exigibilité, le fardeau de la preuve matérielle incombant à la personne requérante. Comme auparavant, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante au degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards, et exemptes de contradictions (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 3.7.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. La Haute Cour a encore précisé que l'on pouvait renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs, lorsqu'un tel examen n'apparaissait ni nécessaire ni adéquat (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Certes, il ressort de ce qui précède une divergence de diagnostics entre la Dre E. _____, psychiatre qui traite l'intéressé, et le Dr H. _____, psychiatre auprès du service médical de l'OAIE (voir supra consid. 8.2.2 et 8.2.3). Cela ne saurait toutefois avoir pour conséquence de remettre en cause la fiabilité des conclusions du service médical de l'OAIE, dans la mesure où il n'est fait état, ni par la Dre E. _____, ni par la Dre G. _____, ni par le Dr C. _____, qui retiennent pourtant le diagnostic de trouble anxio-dépressif, ni par aucun autre médecin d'ailleurs, de limitations fonctionnelles liées à une atteinte psychologique, qui auraient, en outre, des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Tout au plus indique-t-on, dans le rapport de sortie du 31 janvier 2014 établi par le service de médecine interne du CHU de Y., que l'intéressé présente une anxiété qui rend difficile son traitement médicamenteux à domicile, raison pour laquelle la consultation psychiatrique a été mise en place, afin d'ajuster le traitement, laquelle

consultation a été suivie d'une amélioration clinique (OAIE doc 9). De plus, les deux médecins psychiatres, s'ils ne s'accordent pas quant aux diagnostics, se rejoignent sur le fait que les symptômes présentés au niveau psychologique par l'intéressé sont liés à l'état somatique de ce dernier, en particulier aux séquelles dues à la neuroborréliose, état somatique dont résultent les seules restrictions fonctionnelles mises en évidence dans le dossier. Il sied donc de retenir en l'espèce que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail qui serait due à des troubles d'ordre psychologique.

E. 11.4.3

Se référant toujours aux rapports de la Dre G._____ et du Dr C._____, comme il le mentionne d'ailleurs explicitement en particulier dans son avis du 19 mai 2018 (TAF pce 7), le Dr D._____ retient dès lors, allant même à cet égard au-delà des constatations des médecins précités, les limitations fonctionnelles suivantes : l'activité exigible doit pouvoir s'exercer en position assise ou alternée, ne pas nécessiter de se pencher, ni de porter des charges de plus de 7 à 10 kg, éviter le stress ainsi que des nuisances comme la poussière, les émanations, le froid, l'humidité et les intempéries (OAIE doc 34 ; TAF pce 7). Au vu de ces limitations, le Dr D._____ conclut de façon convaincante que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle qu'à 20% dès le 1er décembre 2015, date admise par tous, y compris par le recourant, à partir de laquelle ce dernier, à nouveau infecté par la neuroborréliose, a cessé son activité professionnelle. Ce faisant, le Dr D._____ s'écarte certes, quelque peu, de l'incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, retenue par les Drs G._____ et C._____. Dans son avis du 19 mai 2018, le médecin du service médical de l'OAIE précise toutefois à cet égard que dans la mesure où le recourant est indépendant, son activité comprend une part de tâches administratives, tâches légères, qu'il peut continuer à effectuer malgré les limitations fonctionnelles mises en évidence, justifiant une capacité de travail résiduelle de 20% dans l'activité habituelle. La Dre G._____ rapporte d'ailleurs, dans son rapport du 24 novembre 2016, les propos de l'intéressé, selon lesquels il aurait occupé quatre employés dans son activité de coupe de bois, ce qui implique sans doute du travail administratif pour le recourant. Quoiqu'il en soit, le Tribunal ne voit pas de motifs de critiquer la position du Dr D._____ sur ce point, celle-ci n'étant pas insoutenable et n'ayant pas, de plus, de conséquence sur l'évaluation de l'invalidité du recourant. En effet, le Dr D._____ considère par ailleurs, suivant entièrement en cela les conclusions du Dr C._____, qu'il cite dans son avis du 19 mai 2018, que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est totale, et ce, sans discontinuer dès le 10 décembre 2013, soit dès l'apparition des premières atteintes à la santé ayant eu, selon le Dr D._____, des répercussions sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Ces conclusions, prises au cours de l'instruction de la demande de prestations AI, ont été confirmées en procédure de recours, en l'absence d'éléments médicaux propres à les infirmer, tant au niveau somatique qu'au niveau psychiatrique.

E. 11.5

Compte tenu de ce qui précède, en particulier de la convergence des rapports médicaux sur lesquels se fonde l'appréciation du service médical de l'OAIE, dont aucun, notamment, ne fait état d'une incapacité à travailler dans toute activité, c'est à juste titre que l'autorité inférieure s'est fondée sur cette appréciation, au demeurant cohérente et suffisamment motivée, pour évaluer l'invalidité de l'intéressé. On ne saurait par conséquent reprocher à l'OAIE de ne pas avoir procédé à l'administration d'autres preuves, en particulier de ne pas avoir ordonné de nouvel examen du recourant. En effet, si l'administration ou le juge, se

fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, n° 31 ad art. 42 LPGA ; ATF 122 II 464 consid. 4a).

E. 12

Reste à examiner le taux d'invalidité du recourant (OAIE doc 35).

E. 12.1

Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI : le revenu que la personne concernée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé au moment déterminant avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'AI. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêts du TF 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les réf. cit. ; 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 ; 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

E. 12.2

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu gagner au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que la personne concernée a obtenu avant l'atteinte à la santé et de tenir compte de l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (Office fédéral de la statistique [OFS], Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 », « Salaires nominaux » ; arrêts du TF

9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 ; 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3 ; ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

E. 12.3

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Toutefois, lorsque la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'OFS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3), relativement aux activités lucratives médicalement exigibles. Dans ce cas, conformément à la jurisprudence, il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total » (Tableau TA1_skill_level, Branches économiques [NOGA08], intitulé « Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe - Secteur privé » ; ATF 143 V 295 consid. 4.2.2 ; 142 V 178 consid. 2.5 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). Dans la mesure par ailleurs où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (OFS, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, En heures par semaine » ; ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). En outre, si cela s'avère nécessaire, il y a lieu là également d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

E. 12.4

Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b ; 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

E. 13.1

En l'occurrence, l'OAIE a procédé à une comparaison de revenus (OAIE doc 35) basés sur les données de l'ESS, au motif que la méthodologie de ces statistiques lui est bien connue. Certes, dans le questionnaire pour indépendants du 11 août 2017 (OAIE doc 32 p. 1 à 3), le recourant indique que son revenu mensuel, réalisé dans son activité d'ouvrier forestier avant

la survenance de l'atteinte à la santé en décembre 2015, se montait approximativement à EUR 2'000.- ; figure par ailleurs au dossier, en particulier, la déclaration fiscale de l'intéressé pour l'année 2015, dont il ressort un rendement annuel net des activités économiques de EUR 35'797.49 (OAIE doc 32 p. 7), ce qui représente un montant mensuel de EUR 2'983.-. Ces éléments ne permettent pas, toutefois, d'établir à satisfaction le résultat d'exploitation du recourant avant la survenance de l'atteinte à la santé et donc son revenu sans invalidité. En outre, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle depuis qu'il a cessé celle d'ouvrier forestier, il n'existe pas de revenu effectivement réalisé en Espagne après la survenance de l'atteinte à la santé. Il se justifie par conséquent, à l'instar de l'autorité inférieure, de se référer en l'espèce aux données statistiques suisses pour évaluer le taux d'invalidité de l'intéressé, de sorte que les deux termes de la comparaison soient équivalents, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence (voir supra consid. 12.1 ; ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_311/2009 du 2 décembre 2009 consid. 3.3 ; voir également ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

E. 13.2

Sur ce dernier point, il ressort de la comparaison des revenus effectuée par l'OAIE que celui-ci a pris en compte les données de l'ESS de l'année 2012. Or, en l'espèce, compte tenu du dépôt de la demande de prestations par le recourant le 4 novembre 2016 (OAIE doc 22), le moment déterminant pour la comparaison des revenus, soit le moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente en application de l'art. 29 al. 1 LAI (voir supra consid. 7.4), survient en mai 2017. Il convient donc de prendre comme référence les données statistiques de l'année 2016, indexées à l'année 2017, et non pas celles de 2012.

E. 13.3

Ainsi, dans la mesure où l'ancienne activité de l'intéressé était celle d'ouvrier forestier, exercée à titre indépendant, avec quatre employés, il convient de prendre comme référence, pour le revenu avant invalidité, le salaire statistique mensuel correspondant aux professions commerciales qualifiées de la sylviculture, la pêche et la chasse, exercées par des hommes de 50 ans et plus. Ce salaire se monte en 2016 à CHF 7'563.- pour 40 heures par semaine (OFS, ESS 2016, Tableau T17, intitulé « Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les groupes de professions, l'âge et le sexe - Secteur privé et secteur public [Confédération, cantons, districts, communes, corporations] ensemble, Suisse, en 2016 », poste 62). Il y a lieu ensuite d'adapter ce salaire à l'horaire hebdomadaire usuel en 2017 dans la branche concernée, « Secteur primaire », soit 42.6 heures (OFS, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, En heures par semaine », puis de l'indexer à l'année 2017 (OFS, Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 », « Salaires nominaux », « Hommes » ; $[8'054.60 \times 2'249 \{ \text{année 2017} \}] : 2'239 \{ \text{année 2016} \}$) pour obtenir un montant de CHF 8'090.57.

E. 13.4

S'agissant du salaire après invalidité, conformément à la jurisprudence précitée (voir supra consid. 12.3), il est usuel de se baser, lors de la comparaison des revenus, sur le marché du travail entier, lequel recouvre les salaires des secteurs de production et de services et contient un large éventail d'activités simples (Tableau TA1_skill_level, Branches économiques [NOGA08] ; arrêts du TAF C-991/2018 du 13 février 2010 consid. 13.5.3 ;

C-3714/2017 du 27 mai 2019 consid. 9.5.3). Ceci est d'autant plus pertinent lorsque, comme en l'espèce, la personne concernée ne peut plus accomplir son ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour son état de santé, mais conserve une capacité de travail importante, et que les limitations fonctionnelles qu'elle subit permettent l'exercice d'une activité dans de nombreux secteurs, pour autant qu'elle soit, en l'occurrence, adaptée, légère, simple, avec des changements de positions possibles et s'exerçant dans un environnement où l'air n'est pas dégradé. Ce sont les éléments d'information qui ressortent de la liste des activités de substitution énoncée par le Dr D. _____ dans sa prise de position du 11 octobre 2017 et confirmée dans son avis du 19 mai 2018 (surveillant de parking/musée, vente par correspondance, vendeur de billets, accueil/réceptionniste, standardiste/téléphoniste, saisie de données/scannage ; OAIE doc 34 ; TAF pce 7), activités correspondant aux limitations fonctionnelles mises en évidence en l'espèce. Ainsi, selon la ligne « Total » du Tableau TA1, le salaire mensuel brut d'un salarié exerçant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1 ; arrêt du TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1), tous secteurs confondus, pour un homme, s'élève en 2016 à CHF 5'340.- pour 40 heures par semaine. Une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2017, tous secteurs confondus, soit 41.7 heures, et indexé à l'année 2017, ce salaire se monte à CHF 5'591.81.

E. 13.5

Enfin, ce dernier montant doit subir un abattement, que l'OAIE a fixé à 20% pour tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, en particulier les limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, l'âge du recourant et le manque de formation certifiée. Cette argumentation n'étant certes pas insoutenable, et l'abattement n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ainsi, après un abattement de 20%, le revenu d'invalidé correspond à un montant de CHF 4'473.45.

E. 13.6

La comparaison des revenus sans invalidité (CHF 8'090.57) et avec invalidité (CHF 4'473.45) ainsi obtenus aboutit à un taux d'invalidité de 44.71%, arrondi à 45% selon les règles jurisprudentielles (ATF 130 V 121 consid. 3.2 ; $[8'090.57 - 4'473.45] \times 100 : 8'090.57$), ouvrant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI ; voir supra consid. 7.3). Le droit à la rente serait le même si l'on devait tenir compte d'un abattement de 25% au lieu de 20% $[8'090.57 - 4'193.86] \times 100 : 8'090.57 = 48.16\%$).

E. 13.7

Dans la mesure où le recourant ne s'est montré disposé à se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de la demande de prestations (art. 43 LPGA) qu'en août 2017, mois durant lequel il a fourni à l'autorité inférieure les informations et documents nécessaires à l'examen de cette demande (tampon humide de l'autorité inférieure en accuse réception le 22 août 2017 ; OAIE docs 26, 27, 32), son droit à un quart de rente ne saurait s'ouvrir avant ce mois-ci (Ueli Kieser, op. cit., n° 114 ad art. 43 LPGA).

E. 14

Il sied de relever encore que dans sa réponse du 18 juin 2018 (TAF pce 7), l'autorité inférieure, citant la jurisprudence relative aux assurés approchant l'âge de la retraite, estime que si le recourant est certes proche de cet âge-là, il n'est pas exclu qu'il puisse retrouver une nouvelle activité professionnelle, compte tenu de ses affections et des limitations

fonctionnelles retenues.

E. 14.1

L'âge avancé, bien qu'il constitue en soi un facteur étranger à l'invalidité, est un élément parmi d'autres circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent conduire à nier qu'une personne puisse encore de manière réaliste exploiter sa capacité résiduelle de travail. L'influence de l'âge sur la possibilité de mettre à profit la capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré du travail ne peut cependant pas être évaluée selon une règle générale, mais dépend de l'ensemble des circonstances qui sont déterminantes sous l'angle des exigences relatives aux activités envisagées (par exemple : la nature et les conséquences de l'atteinte à la santé, les éventuels moyens à mettre en oeuvre pour changer de travail et se familiariser avec celui-ci, y compris la structure de la personnalité, la formation ou le parcours professionnel, l'expérience dans l'ensemble du secteur considéré, etc.). Le fait que la personne concernée ait atteint un âge avancé n'empêche pas que l'on examine s'il subsiste une possibilité pour elle d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail. La question est alors de savoir si ses chances d'être engagée sur un marché du travail considéré comme équilibré sont intactes ou non (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêts du TF 9C_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 et les réf. cit. ; Valterio, op. cit, art. 28a n° 66). Le moment déterminant pour évaluer la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail d'une personne proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi correspond non pas à la date du prononcé de la décision de l'office AI, mais au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4).

E. 14.2

En l'occurrence, la capacité résiduelle de travail du recourant a été établie en dernier lieu par le rapport E 213 du 4 janvier 2017 du Dr C._____ (OAIE doc 20), suivi par le Dr D._____ dans ses prises de position des 11 octobre 2017 et 19 mai 2018 (OAIE doc 34 ; TAF pce 7). Le recourant, qui se trouvait alors dans sa 58e, respectivement 59e année, n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; arrêts du TF 9C_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2 ; 9C_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1).

E. 14.3

En outre, l'invalidité est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a) s'analysant en fonction d'un marché équilibré du travail, lequel constitue une notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre ainsi qu'un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (voir notamment arrêt du TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les réf. cit.). Il n'est dès lors pas irréaliste d'admettre qu'un tel marché équilibré offre à une personne se trouvant dans sa 58e, respectivement 59e année et disposant d'une capacité totale de travail, de réelles possibilités d'embauche dans une activité adaptée, pouvant s'exercer en position assise ou alternée, ne nécessitant pas de se pencher, ni de porter des charges de plus de 7 à 10 kg, évitant le stress ainsi que les nuisances comme la poussière, les émanations, le froid, l'humidité et les intempéries, ce d'autant que le recourant, s'il manque de formation certifiée, a l'expérience, les compétences et les ressources professionnelles d'un travailleur indépendant ayant géré une petite entreprise. Aussi le

Tribunal considère-t-il que le recourant dispose encore d'une capacité résiduelle de gain exploitable de manière réaliste sur un marché du travail équilibré.

E. 15

Enfin, pour être complet, il convient de souligner que de jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Par contre, les autorités suisses prennent en compte les conclusions et éléments médicaux retenus par les autorités espagnoles (voir supra consid. 4.3 in fine). On peut relever à ce propos que contrairement à ce que soutient le recourant dans sa réplique du 15 août 2018, les deux décisions, espagnole et suisse, ne se contredisent pas en ce sens que, pour les deux autorités, l'activité habituelle du recourant n'est plus exigible (ou seulement à 20% selon l'autorité suisse). Toutefois, si ce constat ouvre directement droit à une rente selon le droit espagnol, le droit suisse prévoit que soit également examinée la capacité à exercer une autre activité, qui serait adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. A cet égard, les médecins du service médical de l'OAIE et le Dr C. _____, médecin conseil de l'INSS, sont du même avis, à savoir que le recourant peut exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 16

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision du 3 janvier 2018 doit être annulée. Le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er août 2017 est reconnu au recourant.

E. 17

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.-. Le recourant, qui ne succombe que partiellement, doit en conséquence s'acquitter de frais de justice à hauteur de CHF 400.-, qui seront toutefois imputés sur l'avance de frais de CHF 800.- qu'il a versée au cours de l'instruction. Le surplus, de CHF 400.-, lui sera remboursé sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral, une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA). Par ailleurs, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 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 peut allouer à la partie ayant obtenu partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En l'espèce toutefois, le recourant n'ayant pas été représenté par un avocat ou un mandataire professionnel, il n'est pas alloué de dépens (art. 8 FITAF).

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