

BVGer C-978/2016 vom 9. Oktober 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-978_2016

FR: TAF C-978/2016 du 9 octobre 2018

IT: TAF C-978/2016 del 9 ottobre 2018

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée dans le délai requis (TAF pces 5 à 7), le recours est recevable.

E. 2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (ATF 138 V 206 consid. 6). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2e éd. 2016, art. 62 n°43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8 ; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif,

vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s. ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). A cet égard, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recouru (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol domicilié en Espagne ayant cotisé en Suisse et requérant l'octroi d'une rente d'invalidité suisse. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'Annexe II de l'ALCP).

E. 3.3

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n°988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1) et le règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'Annexe II de l'ALCP en relation avec sa section A). Selon l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique (cf. art. 2 du règlement) bénéficient a priori des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.4

Dans la mesure où l'accord, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire,

l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n°987/2009).

E. 3.5

Le droit à un quart de rente d'invalidité ayant été octroyé au recourant par la décision entreprise du 6 janvier 2016, les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables dans le cas d'espèce.

E. 3.6

Il sied encore de préciser que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2 ; cf. art. 46 al. 3 du règlement [CE] no 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement). Il est cependant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n°987/2009).

E. 4

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

E. 5

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Il est précisé que les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse [FF 2005 p. 4065 ; articles 6 et 45 du règlement n°883/2004]). Or, en l'espèce, le recourant remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (cf. supra Faits let. A). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI et quel est son degré d'invalidité.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les

traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

E. 6.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, pp. 547 ss, n°2060 ss).

E. 7.1

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

E. 7.2

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

E. 7.3

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI).

E. 8.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 6).

E. 8.2

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude

à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 8.3

Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu.

E. 8.4

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

E. 8.5

S'agissant des rapports de médecins de l'administration, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, op. cit. , p. 799 n° 2920 ss).

E. 9.1

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

13 novembre 2015 [pces 39 et 49]).

E. 9.2

Tant en procédure d'audition qu'en procédure de recours, le recourant invoque pour sa part une incapacité entière de travail dans toutes activités professionnelles en raison de son état de santé qui limite sa mobilité, son rendement et sa capacité à retrouver du travail sur le marché espagnol (pce 45 et TAF pce 1). En particulier, il produit en procédure de recours de nouveaux rapports médicaux décrivant des atteintes supplémentaires avec notamment paresthésies au niveau des membres supérieurs et claudication accompagnée de vertiges, problème de vision et d'ouïe (cf. supra Faits let. I et en particulier le rapport médical du 8 février 2016 du Dr L. _____ joint au recours ; TAF pce 1).

E. 9.3

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

E. 10.1

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

E. 10.2

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

E. 10.3

En se référant aux rapports précités, la Dresse K. _____ retient comme diagnostic principal des lombo-sciatalgies bilatérales non déficitaires (CIM 10 : M 47). Ne sont pas considérés comme invalidants les antécédents d'adénocarcinome du côlon (en rémission), d'hernie discale, de syndrome vertigineux, ainsi que d'avulsion totale de la pulpe du pouce de la main gauche. Pour sa part, elle fixe la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à 80% en raison de la nécessité de faire des pauses et de varier les positions (cf. les avis des 11 août 2015 et 13 novembre 2015 [pces 39 et 49]).

E. 11

En procédure de recours (TAF pce 1), sont produits des résultats d'électromyographie du 4 février 2016 mettant en exergue la présence chez le recourant de signes objectifs de dénervation chronique en territoire radiculaire au niveau des racines L4-L5-S1 des deux côtés et en particulier à droite. Le recourant se plaint de paresthésies et de crampes dans le membre inférieur droit et se prévaut d'une incapacité totale de travail. Le recourant se réfère également à un rapport médical du 8 février 2016 établi par le Dr L. _____ dont il ressort qu'il présente une épicondylite bilatérale, des atteintes dégénératives ostéo-articulaires au niveau de la colonne cervicale et dorsale, des hanches et des épaules (cf. les radiographies jointes au recours). Outre la présence de douleurs lombaires, dorsales et cervicales, le médecin fait mention d'une claudication vertébro-vasculaire dominée par des vertiges, des acouphènes, une vision floue et une instabilité à la marche. Celle-ci découle selon lui de la pathologie dégénérative de la colonne cervicale du recourant qui se plaint de douleurs intenses à ce niveau. On note qu'en février 2015, le recourant se plaignait déjà d'acouphènes et de vertiges. Ces symptômes ont été investigués à l'époque par une IRM de la base du crâne permettant d'exclure une atteinte cérébrale ou des conduits auditifs (cf. le rapport du 3 février 2015 établi par la Dresse M. _____ [pce 23]). Ainsi, au vu des plaintes du recourant découlant de ses nombreuses lésions ostéo-articulaires, le Dr L. _____ déclare celui-ci en incapacité de travail de 100% dans son ancienne activité et de 60% dans des activités adaptées avec un rendement minime. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin cite celles relevées par le médecin de l'administration espagnole dans le rapport médical E 213 du 4 mars 2015. Dans un complément du 16 mai 2016 (TAF pce10), le Dr L. _____ explicite les limitations fonctionnelles du recourant au niveau des épaules qui viennent s'ajouter à celles déjà retenues au niveau lombaire. Ainsi, le recourant doit éviter également les activités qui surchargent les épaules ou nécessitent l'élévation et la rotation répétées de celles-ci, surtout du côté droit.

E. 12

Avant toute chose, le Tribunal décide, pour les raisons exposées ci-dessous, de prendre en compte les deux rapports du Dr L. _____ postérieurs à la décision attaquée produits au recours, ainsi que les résultats de radiographie et d'électromyographie du 4 février 2016 auxquels il se réfère. En effet, des rapports médicaux postérieurs à la décision entreprise peuvent être pris en considération par le juge s'ils sont suffisamment précis et s'ils servent la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision (cf. supra consid. 3.1). C'est le cas en l'espèce si l'on considère d'une part que le rapport du 8 février 2016 date seulement d'un mois après la décision entreprise et, d'autre part, que les acouphènes et les vertiges - que le Dr L. _____ attribue aux atteintes dégénératives de la colonne cervicale du recourant - étaient déjà présents au début de l'année 2015 (pce 23), soit un an avant la décision entreprise. L'arthrose au niveau des épaules dont souffre le recourant est mentionnée pour la première fois par le Dr L. _____, mais il est vraisemblable qu'elle existait déjà avant la décision entreprise considérant qu'il s'agit d'une arthrose sévère des articulations acromio-claviculaires. Par ailleurs, les signes de dénervation chronique relevés par électromyographie sont « compatibles avec une lombosciatique ancienne dans les territoires opérés L4-L5-S1 » (cf. la page 3 de l'avis de la Dresse K. _____ du 15 mars 2016 [TAF pce 4]) et sont donc en lien avec les troubles lombaires en tant que diagnostic principal.

E. 13.1

En résumé, les diagnostics retenus comme ayant une influence sur la capacité de travail du recourant sont les suivants : - canal lombaire étroit de L2 à L5 traité chirurgicalement le 4 février 2014 par arthrodèse et laminectomie transpédiculaire en L2-S1 (CIM 10 : M 47) avec lombalgies et paresthésies résiduelles surtout à gauche ; radiculopathie chronique L5 gauche ; - signes objectifs de dénervation chronique en territoire radiculaire au niveau des racines L4-L5-S1 des deux côtés, en particulier à droite (résultats d'électromyographie du 4 février 2016) ; - spondylarthrose dorsale avancée avec dégénérescence discale multiple et déformation cunéiforme des vertèbres, signes dégénératifs de la colonne cervicale, ainsi que des hanches, arthrose bilatérale sévère des articulations acromio-claviculaires ; épicondylite bilatérale ; claudication vertébro-vasculaire dominée par des vertiges, acouphènes, vision floue et instabilité à la marche (cf. le rapport du 8 février 2016 du Dr L. _____ et les radiographies du 4 février 2016 jointes au recours).

E. 13.2

Les médecins s'accordent pour reconnaître au recourant une mobilité lombaire limitée suite à l'opération du 4 février 2014 (cf. notamment le rapport hospitalier du 1er septembre 2014 du Dr I. _____ et le rapport médical E 213 du 4 mars 2015 [pces 2 et 21]). Sont à proscrire les activités exigeant des efforts physiques surchargeant intensément le rachis lombaire et nécessitant la flexion-extension répétée ou exigeante du segment lombaire. Les positions accroupies et la station debout prolongée sont également à éviter. En raison d'arthrose sévère des articulations acromio-claviculaires attestée par radiographies du 4 février 2016 et d'une épicondylite bilatérale, des limitations fonctionnelles supplémentaires sont relevées par le Dr L. _____, à savoir que le recourant ne peut plus exercer d'activités surchargeant les bras/épaules ou nécessitant une élévation et rotation répétée, surtout du bras droit.

E. 13.3

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

E. 13.4

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

E. 13.5

Selon la Dresse K. _____ (cf. l'avis du 15 mars 2016 précité [TAF pce 4]), les symptômes de claudication, vertiges, troubles de la vision et de l'ouïe sont dus à une insuffisance

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

E. 13.6

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

E. 14.1

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

E. 14.2

Les conclusions du Dr L._____ et de la Dresse K._____ divergent quant à leur appréciation de la capacité de travail du recourant. Il n'existe pas non plus de consensus au sujet de l'origine des acouphènes et vertiges dont souffre le recourant, ni sur les limitations fonctionnelles en découlant. Le rapport du 8 février 2016 du Dr L._____ fait en tous les cas apparaître une aggravation de l'état de santé du recourant et des limitations

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

E. 14.3

La valeur probante des rapports de la Dresse K. _____ doit également être appréciée à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral qui prévoit des exigences plus sévères lorsque l'administration se fonde - comme en l'espèce - uniquement ou principalement sur les rapports médicaux internes à l'administration. Comme déjà mentionné plus haut (cf. supra consid. 8.5), de tels rapports, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier soit complet et qu'ils se limitent à apprécier un état de fait médical établi et non contesté. L'état de santé doit être pour l'essentiel stabilisé et médicalement établi par des spécialistes (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine). Il est admis qu'une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. p. 799 n°2920).

E. 14.4

Au vu des conclusions du Dr L. _____, il n'est pas possible de retenir que l'état de fait médical soit établi et incontesté ni que l'état de santé du recourant soit stabilisé. L'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé tel que le Dr L. _____ ne peut pas être écarté et, dans cette constellation, le Tribunal ne peut pas porter un jugement valable sur le droit litigieux, dès lors que les documents à disposition n'ont pas une valeur probante suffisante. Une instruction complémentaire doit donc être entreprise (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 15.1

Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à des mesures d'instruction complémentaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédures introduites par l'ATF 137 V 210.

E. 15.2

Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

E. 15.3

Partant, le recours du 12 février 2016 est partiellement admis, la décision attaquée du 6 janvier 2016 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera la conduite d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, neurologique et interniste. L'ensemble du dossier devra, par la suite, être soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

E. 16.1

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

E. 16.2

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. À défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 al. 2 FITAF). En l'espèce le recourant n'ayant pas été représenté par un avocat ou un mandataire professionnel et n'ayant pas fait valoir de frais particuliers, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et 7 al. FITAF). (Le dispositif se trouve à la page suivante)