



Cour III
C-1182/2012

Arrêt du 22 janvier 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Beat Weber, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 13 janvier 2012).

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais A._____, né en 1961, a travaillé en Suisse en 1990 et durant les années 1993 à 1997 pendant 2 ans et 3 mois au total (pce 12) et, selon les pièces au dossier, plusieurs années au Portugal (pce 2). En Suisse son activité a été celle d'ouvrier agricole; sa dernière activité au Portugal a été celle de chauffeur de poids lourds exercée depuis mars 2006 (pce 28). En date du 10 mars 2011 l'intéressé déposa une demande de prestations d'invalidité suisse auprès de l'organisme de liaison portugais qui la transmit à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE, pce 1).

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAIE porta notamment au dossier les documents ci-après:

- Le questionnaire à l'assuré daté du 21 septembre 2011 selon lequel l'intéressé a cessé son activité à plein temps de chauffeur de poids lourds transports internationaux depuis le 14 mai 2010 en raison de "maladies intenses des cervicales" (pce 17),
- Le questionnaire à l'employeur daté du 9 septembre 2011 selon lequel l'intéressé a été engagé le 17 mars 2006 dont l'activité qualifiée de légère est celle de chauffeur de poids lourds, activité ayant été exercée jusqu'au 2 août 2010 à plein temps (pce 16),
- Un rapport de tomographie de la colonne cervicale du 5 février 2010 faisant notamment état d'altérations dégénératives modérées particulièrement en C5-C6 et C6-C7 (pce 18),
- Un rapport de tomographie de la colonne lombosacrée daté du 22 mai 2010 faisant notamment état d'altérations dégénératives disco-vertébrales en L4-L5 et L5-S1, d'une réduction de la hauteur du disque en L5-S1, d'ostéophytose marginale, d'une protrusion discale, d'un possible conflit d'espace en L5 et S1 associé à un aspect dégénératif des articulations postérieures (pce 20),
- Un rapport médical du service d'orthopédie, signé du Dr B._____, daté du 26 novembre 2010, faisant état de cervicalgies et névralgies cervicobrachiales, d'un syndrome du rachis dorsal de type mécanique aggravé à la marche, de lombosciatalgies mixtes et invalidantes, de radiculopathie et paresthésie au niveau L4-S1 (pce 5),

- Un rapport du Dr C._____, neurochirurgien, du 16 février 2011 indiquant une consultation en raison de douleurs lombaires, cervicalgies avec paresthésie des membres supérieurs, faisant état selon un TAC lombaire d'altérations dégénératives multiples essentiellement au niveau L5-S1 et selon un TAC cervical d'altérations diverses sans toutefois d'indications de chirurgie en raison de ces atteintes (pce 4),
- Un rapport E 213 du 13 avril 2011, notant les antécédents de pathologie ostéoarticulaire dégénérative, indiquant les plaintes de cervicalgies, lombalgies chroniques, relevant un bon état général physique et mental, une force musculaire, un tonus, une marche sans altération, une limitation de la mobilité de la colonne, indiquant la possibilité d'activités avec des efforts moyens sans restrictions particulières, indiquant la possibilité d'une activité à plein temps adaptée mais non plus celle exercée jusqu'alors (pce 8),
- Un rapport RM du rachis cervical daté du 20 juin 2011 notant des altérations dégénératives diffuses pluriétagées, relevant notamment de l'arthrose cervicale et de l'arthrose interapophysaire plurisegmentaire, une discrète sténose du canal rachidien central (pce 22),
- Un rapport d'électroneuromyographie daté du 20 juin 2011 (pce 23),
- Un rapport du Dr D._____, neurochirurgien, daté du 9 juillet 2011 notant une aggravation progressive des cervicalgies intenses avec irradiation aux membres supérieurs, une radiculopathie multisegmentaire bilatérale (C3, C4 et C5) avec paresthésie incapacitante impliquant les racines C6 et C7 s'aggravant au moindre effort, notant une sténose du canal cervical prédominant en C5-C6 et C6-C7 aggravée par une sténose foraminale avec compression méningo-radiculaire particulièrement en C5-C6, relevant selon un EMG une radiculopathie droite en particulier à la racine C7, notant des douleurs extrêmement incapacitantes apparaissant au moindre effort ne permettant pas l'exercice d'activités professionnelles nécessitant quelque type d'efforts (pce 7).

C.

Invité à se déterminer sur cette documentation, le Dr E._____ de l'OAIE indiqua dans son rapport du 12 novembre 2011 les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec atteinte fonctionnelle minime et de troubles dégénératifs lombaires sans atteinte radiculaire. Il retint l'existence de douleurs

au niveau de la colonne cervicale avec une symptomatologie subjective au niveau des membres supérieurs. Il releva que l'électroneuromyographie du 20 juin 2011 montrait des signes minimes d'irritation neurologique et que les radiographies montraient des troubles dégénératifs simples. Il souligna que le rapport E213 décrivait une marche et une mobilité générale normale. Il mentionna l'existence de douleurs subjectives au niveau de la colonne et une minime limitation fonctionnelle. Il retint que les atteintes très légères ne justifiaient médicalement pas d'incapacité de travail de longue durée et proposa le rejet de la demande de prestations (pce 29).

D.

Par projet de décision du 21 novembre 2011 l'OAIE informa l'assuré qu'il était ressorti de son dossier qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année au moins et que malgré l'atteinte à la santé l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente, de sorte que la demande de prestations devrait être rejetée (pce 30).

A l'encontre de ce projet l'intéressé fit valoir son désaccord par acte du 14 décembre 2011 indiquant ne pas pouvoir travailler (pce 34). Il joignit notamment un rapport médical du 8 décembre 2011 signé du Dr F._____, orthopédiste, faisant état des atteintes connues concluant à un status aggravé, à une incapacité de travail en raison de cervicobrachialgies incompatibles avec une activité de chauffeur de poids lourds aux longs cours. Il retint le diagnostic de lombalgies chroniques en raison d'une colonne lombaire arthrosée, de cervicobrachialgies sévères pour sténose canalaire cervicale de prédominance droite en particulier sur le rachis cervical inférieur (C5-C6-C7), de compression meningo-radulaire en C5-C6, de radiculopathie de la racine C7 confirmée par EMG. Il nota que les atteintes en question ne permettaient plus à l'intéressé d'exercer son activité professionnelle de chauffeur aux longs cours ainsi que toutes activités sollicitant son rachis cervical (pce 31).

Invité à se déterminer sur la nouvelle documentation, le Dr E._____ de l'OAIE releva comme principal document le rapport médical du 9 juillet 2011 (cf. pce 7 citée supra B) notant que celui-ci était antérieur à sa précédente prise de position soulignant que l'argument de ce rapport médical était qu'il existait des troubles neurologiques alors que le rapport électroneuromyographique du 20 juin 2011 décrivait une atteinte neurologique de degré léger et à la limite de la norme de sorte qu'il ne pouvait être justifié une incapacité de travail totale sur la base d'une si petite atteinte qui

se traduisait par une symptomatologie subjective (pce 36). Le Dr E._____ ne se prononça pas sur le rapport médical du Dr F._____.

Par décision du 13 janvier 2012 l'OAIE rejeta la demande de prestations d'invalidité, précisant qu'il ne pouvait être retenu du rapport médical du Dr D._____ du 9 juillet 2011 une incapacité de travail totale alors que le rapport électroneuromyographique du 20 juin 2011 décrivait une atteinte neurologique de degré léger et à la limite de la norme (pce 37).

E.

Par acte du 22 février 2012 A._____ interjeta recours contre cette décision. Il fit valoir être en incapacité totale dans sa profession, comme l'attestait le rapport du Dr F._____ du 8 décembre 2011 et le fait d'être reconnu comme tel par la sécurité sociale portugaise, et conclut implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il joignit à son envoi en complément une documentation médicale déjà au dossier et une ordonnance médicale datée du 21 février 2012 (pce TAF 1).

Invité par l'OAIE à se prononcer sur la nouvelle documentation médicale, Le Dr G._____ de l'OAIE indiqua le 23 mai 2012 que le recourant n'avait produit qu'une ordonnance pour deux médicaments et qu'en ce sens aucun élément nouveau n'était apporté. Plus généralement il indiqua que les rapports radiologiques au dossier et le rapport électromyographique ne faisaient état que de légères altérations qui ne pouvaient avoir pour effets de fortes cervicobrachialgies ne permettant plus l'activité de chauffeur de poids lourds, que de plus un traitement conservateur permettait un pronostic favorable. Il ne retint pas d'incapacité de travail de durée et confirma les prises de position antérieures (pce 41).

Par réponse au recours du 11 juin 2012, l'OAIE proposa son rejet et la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir que l'intéressé ne présentait pas une incapacité de travail d'au moins 40% dans sa dernière activité comme chauffeur, que cette appréciation avait été confirmée à deux reprises par son service médical sur la base de l'ensemble du dossier et des pièces produites en procédure d'audition et de recours (pce TAF 5).

F.

Par réplique du 26 juin 2012 l'intéressé indiqua être reconnu en invalidité par la sécurité sociale portugaise et ne pouvoir que difficilement exercer une autre activité (pce TAF 8). Il adressa directement à l'OAIE la copie de documents attestant de l'octroi d'une rente d'invalidité, pièces que l'OAIE transmet au Tribunal par courrier du 10 juillet 2012 (pce TAF 8).

G.

Par décision incidente du 26 juillet 2012 le Tribunal de céans requit du recourant une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont il s'acquitta dans les délais impartis par un versement de 388.- francs suivi d'un versement de 12.- francs requis en complément (pces TAF 9-14).

Droit :**1.**

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

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

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.

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

2.

2.1 Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

2.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement) – et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

2.3 Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord - en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, 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.

2.4 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 Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention

des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

3.

L'examen du droit aux prestations est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^e révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont pas applicables.

4.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puis-

se être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant 2 ans et 3 mois et compte des années d'assurance au Portugal. Il remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

5.

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

5.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

5.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

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

6.

6.1 Le recourant a travaillé depuis 2006 comme chauffeur de poids lourds apparemment aux longs cours selon ses indications mais sans que la précision des longs cours ait été donnée par l'employeur. Il n'a plus exercé son activité de chauffeur depuis mi mai 2010 (pce 17) ou début août 2010 (pce 16) en raison de cervicalgies et brachialgies.

6.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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 mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGa, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré.

6.3 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

7.

7.1 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.

7.2 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

8.

8.1 En l'espèce il appert du dossier que l'intéressé souffre selon ses plaintes alléguées de cervicalgies, lombalgies et brachialgies qui selon lui et les médecins dont il produit des rapports ne lui permettent plus d'exercer son activité professionnelle. Selon le service médical de l'OAIE les rapports radiologiques et électroneuromyographiques au dossier attestent

de légères altérations du rachis qui ne permettraient pas de justifier les cervicalgies et brachialgies alléguées d'une intensité telle qu'elles ne lui permettraient pas d'exercer son activité professionnelle, d'où la possibilité pour l'assuré d'exercer son activité dans une mesure au moins supérieure à 60%. Selon le rapport E 213 l'intéressé ne peut plus exercer son activité professionnelle mais pourrait reprendre une activité adaptée à plein temps. Les avis médicaux sont contradictoires en ce qui concerne surtout l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé.

8.2 Or l'intéressé a de plus produit un rapport médical du Dr F. _____ du 8 décembre 2011 de 4 pages (pce 31) qui a totalement échappé à l'attention des Drs E. _____ une première fois en procédure d'audition et G. _____ une seconde fois en procédure de recours. Dans le cadre de la procédure de recours le Dr G. _____, invité à se prononcer sur la documentation médicale produite, a même relevé que l'assuré n'avait produit qu'une ordonnance pour deux médicaments sans se prononcer sur le rapport du Dr F. _____ à nouveau joint au recours qui n'avait jusqu'alors jamais été évoqué par le service médical de l'OAIE. Enfin la réponse de l'OAIE au recours n'a pas évoqué le rapport médical du Dr F. _____. L'examen de ce dernier rapport était nécessaire pour examiner la capacité de travail de l'intéressé, d'autant plus si l'on considère que pour un routier aux longs cours, si tel est le cas de l'assuré, il est fort difficile de composer avec des cervicalgies et brachialgies chroniques même de relative intensité. Le rapport du Dr F. _____ ayant été totalement ignoré, c'est donc manifestement sur un dossier mal instruit que l'OAIE a rendu sa décision du 13 janvier 2012 qu'il convient d'annuler.

8.3 En conséquent la cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA afin qu'elle instruisse le dossier sur la base de l'ensemble de la documentation médicale (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), qu'elle requière la prise de position d'un médecin spécialiste avant de rendre sa nouvelle décision et, cas échéant, qu'elle procède à une évaluation économique de l'invalidité.

9.

9.1 Le recourant ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400 francs lui est remboursée.

9.2 Le recourant ayant agi sans être représenté et n'ayant pas eu des frais nécessaires particulièrement élevés, il n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FI-TAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 13 janvier 2012 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des considérants 8.2 et 8.3.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais fournie de 400.- francs est restituée au recourant.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _ ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :