



Arrêt du 8 février 2017

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Franziska Schneider, Michael Peterli, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, France
représenté par Charles Flory du Comité de protection des
travailleurs frontaliers européens (C.P.T.F.E.),
3, route de Mulhouse, FR-68190 Ensisheim,
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, rente d'invalidité (décision du 5 février
2015).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : assuré ou intimé), ressortissant français né en 1967, divorcé et père de deux filles nées en 1990 et 2000 (AI pces 3 et 10 pp. 3 s.), a travaillé en Suisse comme frontalier en tant que mécanicien en aviation, spécialisé en composite (AI pce 15). Il a cotisé à l'assurance-veillesse, survivants et invalidité suisse entre 1987 et 2012 (AVS/AI ; extrait du compte individuel du 23 janvier 2014 [AI pce 60]).

B.

Le 23 mai 2012, l'assuré dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal (ci-après : OAI) au motif d'une incapacité de travail débutée le 1^{er} octobre 2011 pour une hépatite C, une dépression et une apnée au sommeil (AI pce 3).

Dans le cadre de l'instruction du dossier, sont versés au dossier notamment les documents suivants :

- le CV non daté de l'assuré (AI pce 15),
- le rapport d'expertise médicale du 18 octobre 2010 établi par le Dr B. _____, chirurgie orthopédique qui a été consulté suite à une incapacité de travail de l'assuré du 7 septembre 2009 au 4 octobre 2010 et qui note des séquelles d'hépatite C avec dégénération graisseuse, vomissements et diarrhées sanglantes, une fracture costale en mars 2010 ainsi qu'un état dépressif assez important depuis 2 mois, expliquant la fatigabilité de l'assuré (AI pce 7 pp. 6 à 12),
- la résiliation du contrat de travail du 14 décembre 2011 par l'employeur prenant effet au 31 mars 2012 (AI pce 4),
- le certificat médical du 20 février 2012 du Dr C. _____, médecin généraliste et traitant de l'assuré, qui note comme diagnostic une dépression (AI pce 7 p. 21),
- le rapport médical du 3 juillet 2012 du Dr C. _____ qui observe un syndrome dépressif sévère depuis le 1^{er} octobre 2011 (AI pce 11),
- le questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 5 juillet 2012, indiquant un salaire mensuel de 5'560 francs (x 13) ainsi que des absences pour maladie nombreuses depuis le 1^{er} janvier 2010 au 31

mars 2012, correspondant à la fin des rapports contractuels (AI pce 12),

- le rapport de l'OAI du 20 juillet 2012 faisant état du premier entretien avec l'assuré du 12 juillet 2012 et concluant que l'assuré ne présente actuellement pas de capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, d'un point de vue somatique les examens médicaux étant en cours et son état de santé psychique étant au moins moyennement réduit (AI pce 14),
- la prescription médicamenteuse du 3 juillet 2012 du Dr C._____ et du 30 juillet 2012 du Dr D._____, médecin généraliste (AI pce 16 p. 1 et 17 p. 3),
- les différents certificats d'incapacité de travail, attestant une incapacité de travail du 19 décembre 2011 au 30 août 2012, signés du Dr C._____ respectivement du Dr D._____ (AI pce 7 pp. 15 à 20 et 22 ss, AI pce 17 p. 2, AI pce 18 p. 5),
- les certificats des 3 et 28 septembre 2012 établis par le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie, signalant que l'assuré s'est présenté ces jours à sa consultation (AI pces 20 p. 2 et 22),
- le bulletin d'hospitalisation du 13 octobre 2012, informant que l'assuré a été hospitalisé du 11 au 13 octobre 2012 dans le service de la chirurgie (AI pce 23 p. 1),
- le rapport du 13 octobre 2012, signé du Dr F._____ qui relate que l'assuré a été opéré le 12 octobre 2012 pour une hernie discale C6-C7 droite (AI pce 25 p. 3),
- le certificat du 26 octobre 2012 du Dr E._____ qui informant du traitement médical, atteste une incapacité de travail totale depuis octobre 2011, suite au licenciement, pour un syndrome dépressif sévère (AI pce 28 p. 2),
- l'avis du 6 novembre 2012 du médecin G._____ du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR; AI pce 29),
- le certificat d'incapacité de travail du 12 novembre 2012, valable jusqu'au 30 décembre 2012, signé du Dr F._____ (AI pce 33 p. 2),

- le rapport médical reçu le 14 décembre 2012 du Dr D. _____ qui fait état de la hernie discale cervicale C6-C7 qui justifie selon lui une incapacité de travail depuis le 26 septembre 2012 (AI pce 36).

Une nouvelle fois invitée à se déterminer sur le dossier, le médecin G. _____ conseille dans son avis du 9 janvier 2013 la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire (AI pce 38).

Sont encore versées au dossier, les pièces suivantes :

- le rapport médical du 8 janvier 2013 du Dr F. _____ qui estime qu'il ne va pas subsister une restriction physique au-delà de la période post-opératoire et qui atteste une capacité de travail totale à partir de février 2013 (AI pce 40),
- le certificat du 1^{er} février 2013 du Dr E. _____, signalant que l'assuré s'est présenté ce jour à sa consultation (AI pce 42 p. 2),
- la carte maladie pour la Mobilière Assurances, assurance d'indemnités journalières, sur laquelle figurent les différentes incapacités de travail de l'assuré attestées par les médecins (AI pce 44 p. 3).

C.

Les 17 septembre et 14 octobre 2013, l'expertise pluridisciplinaire a lieu à l'ABI, ärztliches Begutachtungsinstitut Sàrl à Bâle.

Dans le rapport d'expertise du 16 décembre 2013, les Drs H. _____, médecine interne générale, I. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, J. _____, FMH chirurgie orthopédique et K. _____, FMH gastroentérologie, font état comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : d'un syndrome douloureux chronique cervico-vertébral (M54.2/Z98.8) avec status après discectomie et spondylodèse C6/C7 du 12 octobre 2012 avec grande hernie discale à droite, état postopératoire conforme d'un point de vue radiologique et état clinique majoritairement sans constatations à part des irritations radiculaires possibles selon le dermatome C7 à gauche ; d'une hépatite chronique (B 18.2) avec status après traitement à l'interféron en 1998, non-responder et une fibrose anamnestique ; d'une gastrite à Helicobacter (B98.0) avec traitement antibiotique depuis décembre 2012. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu un syndrome dépressif récurrent, actuellement d'épisode léger, un trouble lié à l'utilisation des substances multiples, actuellement une consommation

d'alcool nuisible (F 10.1), un status anamnestique postopératoire d'une fracture du tibia gauche en 1982 environ, un syndrome douloureux chronique intermittent sans symptomatologie radriculaire (M54.5) avec mobilité libre de la colonne thoraco-lombaire, un abus de nicotine (F17.1), une leucopénie légère avec étiologie incertaine (D70.7) et une thrombopénie légère avec étiologie légère (D69.61), selon le diagnostic différentiel liée à l'éthylisme (AI pce 58 pp. 17 s.). Les experts concluent que l'assuré présentait depuis octobre 2012 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité qui est jugée comme physiquement lourde. A partir de février 2013, il présente selon eux une capacité résiduelle de travail de 90% dans une activité adaptée légère et moyennement légère (AI pce 58).

Le 31 mars 2014, le médecin G._____ du SMR confirme dans l'ensemble le rapport d'expertise qui selon elle répond aux exigences jurisprudentielles quant à son contenu et sa qualité. Elle ajoute aux diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré un syndrome dépressif récurrent, actuellement d'épisode léger (F33.0). Si ce médecin atteste tout comme les experts que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle et qu'il présente une capacité résiduelle de travail de 90% à compter du 14 octobre 2013 dans une activité adaptée, elle estime que sur la base de différents éléments du dossier l'assuré présentait du 1^{er} octobre 2011 au 13 octobre 2013 une incapacité de travail totale dans toute activité (AI pce 61).

D.

Par projet de décision du 20 mai 2014, l'OAI signifie à l'assuré qu'il entend lui octroyer une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2013. A partir du 1^{er} janvier 2014, il n'existe plus de droit à la rente. L'office explique comment elle a déterminé le taux d'invalidité (AI pce 63).

Le 20 mai 2014, l'assuré désormais représenté (cf. procuration du 17 décembre 2013 [AI pce 65]), verse au dossier des certificats d'incapacité de travail des 18 janvier, 18 février et 18 mars 2014 ainsi que des avis d'arrêt de travail des 16 avril et 12 mai 2014 valables jusqu'au 12 juin 2014, signés par le Dr D._____. Il produit également un bulletin de situation du 13 mai 2014 de la Clinique L._____, informant de l'entrée de l'assuré ce même jour (AI pce 64).

E.

Dans son courrier du 5 juin 2014, l'assuré s'oppose au projet de décision et argue que son état de santé n'est pas stabilisé vu qu'il se trouve toujours à la Clinique L._____ (AI pce 67).

Les 12, 17 et 24 juin 2014, l'assuré verse au dossier les bulletins de situation de la Clinique L._____ des 7, 14 et 18 juin 2014, le dernier notant la sortie de l'assuré le 18 juin 2014. L'assuré produit également un avis d'arrêt de travail, signé le 18 juin 2014 du Dr M._____ qui fait état d'un trouble de l'adaptation (prolongé) sur un trouble de la personnalité et informe que l'assuré bénéficie d'un élargissement des horaires de sortie à finalité thérapeutique (AI pces 68 à 70).

Par courrier du 1^{er} juillet 2014, l'OAI accorde à l'assuré un délai supplémentaire au 31 juillet 2014 pour motiver son opposition, remarquant que sa prise de position du 5 juin 2014 et les courriers subséquents ne remplissent pas les conditions nécessaires (AI pce 71).

Le 7 juillet 2014, l'assuré verse au dossier le certificat médical du 18 juin 2014 du Dr M._____, médecin psychiatre à la Clinique L._____ qui observe notamment un état dysphorique sur trouble de la personnalité émotionnellement labile. L'assuré produit également un certificat du 1^{er} juillet 2014 du Dr E._____ qui pense qu'une invalidité serait justifiée en raison du trouble de la personnalité de l'assuré dont les défenses sont actuellement dépassées (AI pce 72).

F.

Invité à se déterminer sur ces nouveaux rapports médicaux, le Dr N._____ du SMR, médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, conclut dans son avis du 8 octobre 2014 que ces nouvelles pièces confirment sur plusieurs points le rapport d'expertise ultérieur et que l'assuré a présenté une incapacité de travail totale pendant son séjour hospitalier à la Clinique L._____. Ce médecin confirme par ailleurs les conclusions de l'expertise antérieure, estimant que le trouble dépressif léger récidivant et l'abus d'alcool nocif ne peuvent pas fonder une incapacité de travail durable et qu'une capacité résiduelle de travail de 90% est exigible (AI pce 75).

G.

Par décision du 5 février 2015, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) octroie à l'assuré du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2013 une rente d'invalidité entière ainsi que pour sa fille

cadette une rente d'invalidité pour enfant liée à la rente du père. Il remarque que le SMR confirme les appréciations précédentes et que l'incapacité de travail totale durant le séjour hospitalier du 13 mai au 18 juin 2014 ne donne pas droit à une rente d'invalidité supplémentaire, n'ayant été que passagère (AI pce 78).

H.

Le 27 février 2015, l'assuré recourt contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal). Il soutient qu'il est nécessaire de juger sa situation actuelle étant donné qu'une prolongation d'avis d'arrêt de travail a été prescrite par le Dr E. _____ (TAF pce 1). A son appui, il transmet les nouvelles pièces suivantes :

- le rapport médical du 11 janvier 2014 du Dr D. _____ faisant état de l'intervention de 2012 pour une volumineuse hernie discale C6-C7 et d'un trouble anxio-dépressif majeur,
- l'attestation du 11 janvier 2014 d'un arrêt de travail à 100% depuis le 17 mars 2012, établie par le Dr D. _____,
- l'arrêt de travail du 18 décembre 2013, valable jusqu'au 18 janvier 2014, établi par le Dr D. _____,
- les courriers des 9 et 15 juin 2014 au C.P.T.F.E.,
- les avis d'arrêt de travail des 1^{er} juillet, 28 août, 14 octobre, 14 novembre et 15 décembre 2014 ainsi que du 30 janvier 2015, valables jusqu'au 15 mars 2015, pour un trouble de l'adaptation et une personnalité limite, établis par le Dr E. _____ (TAF pce 1 annexes 1).

I.

Le 15 avril 2015, Helvetia Assurances, la prévoyance professionnelle de l'assuré, demande au Tribunal de lui transmettre une copie de son arrêt. Il annexe à sa requête une procuration signée par l'assuré le 18 avril 2012 (TAF pce 3 et annexe).

J.

Dans sa réponse du 17 avril 2015, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se basant sur la prise de position de l'OAI du 15 avril 2015 (TAF pce 4 et annexe).

K.

Le 17 avril 2015, le recourant transmet à l'OAI les avis d'arrêt de travail des

13 mars et 10 avril 2015 pour un trouble de l'adaptation et une personnalité limite, signés du Dr E. _____ ainsi que la décision du 31 mars 2014 de l'assurance-maladie Haut-Rhin, reconnaissant à l'assuré le titre de pension d'invalidité avec effet au 15 décembre 2014 (TAF pce 6 annexes).

Par ordonnance du 6 mai 2015, le Tribunal invite le recourant à répliquer à la réponse de l'OAIE et l'informe de la requête d'Helvetia Assurances du 15 avril 2015 (AI pce 5).

Le 2 juin 2015, le recourant verse comme nouveaux documents des attestations des 26 février et 28 mai 2015 et un avis d'arrêt de travail du 28 mai 2015, établis par le Dr E. _____ (TAF pce 10 et annexes).

L.

Le recourant s'acquitte de l'avance de frais de procédure de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 7, 9 et 11).

M.

Dans sa duplique du 24 juillet 2015, l'OAIE, à l'appui de la prise de position de l'OAI du 20 juillet 2015, maintient ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 13 et annexe).

N.

Invité par le TAF à déposer des éventuelles observations, le représentant de l'assuré informe le Tribunal le 4 août 2015 par téléphone que tous les documents se trouvent déjà dans le dossier (TAF pces 14 et 15).

O.

Par ordonnance du 16 décembre 2016, le TAF accorde à Helvetia Assurances la possibilité de déposer une prise de position (TAF pce 18). L'assurance y renonce par courrier du 5 janvier 2017 (TAF pce 20).

Droit :

1.

1.1 En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le TAF connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions de l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 Le requérant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 Le recours a été déposé en temps utile ainsi que dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée (cf. art. 63 al. 4 PA).

Partant, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond.

2.

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement ; l'on parle de maxime inquisitoire (cf. art. 12 PA). En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure dans sa décision (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^{ème} édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Toutefois, 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, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur entre le 23 mai 2012 (dépôt de la demande de prestations [AI pce 3]) et le 5 février 2015, date de la

décision attaquée (Al pce 78) qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

3.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le requérant, frontalier français, a été assuré en Suisse pendant de nombreuses années (Al pce 60). 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11), dans leurs versions en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015 (cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Au sens de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de dispositions contraires, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

4.

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si le requérant a droit à une rente d'invalidité suisse au-delà du 31 décembre 2013, l'OAIE ayant limité

le droit à des rentes d'invalidité entières du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2013 (AI pce 78).

A ce sujet, il sied de noter que le recourant, ayant cotisé de nombreuses années à l'AVS/AI suisse (AI pce 60 ; cf. aussi le relevé des périodes d'assurance et des revenus pris en compte pour le calcul de la rente d'invalidité [AI pce 78 p. 8]), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations en Suisse de trois ans au sens de l'art. 36 al. 1 LAI dont au moins une année doit être accomplie en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). Il faut examiner si les autres conditions pour le droit à une rente d'invalidité sont remplies.

5.

5.1 Au sens de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles,
- elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable,
- au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

5.2 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA).

De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

5.3 La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

5.4 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 10.1 ss ci-dessous).

5.5 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

5.6 Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (à ce sujet voir : arrêts du Tribunal fédéral

9C_530/2012 du 21 septembre 2012 consid. 5.2 et I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3; RCC 1990 p. 38 consid. 2; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 3087 pp. 837 s.; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3^{ème} édition 2014, art. 29 ch. 25 s. p. 414 s.).

5.7 À la teneur de l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants, qui au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance vieillesse et survivants. Cette rente s'éteint en principe au 18^e anniversaire de l'enfant ou au plus tard lorsqu'il atteint 25 ans dans le cas où il accomplit une formation (cf. art. 25 al. 4 et 5 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

6.

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255).

Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 5.3 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.

Il ressort du dossier constitué par l'autorité inférieure que l'assuré souffre de plusieurs problèmes de santé.

7.1 Les experts médicaux – le Dr H._____, médecine interne générale, le Dr I._____, FMH psychiatrie et psychothérapie, le Dr J._____, FMH

chirurgie orthopédique et le Dr K._____, FMH gastroentérologie – ont retenu dans leur rapport du 16 décembre 2013 comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, premièrement, un syndrome douloureux chronique cervico-vertébral (M54.2/Z98.8) avec status après discectomie et spondylodèse C6/C7 du 12 octobre 2012 avec grande hernie discale à droite, état postopératoire conforme d'un point de vue radiologique et état clinique majoritairement sans constatations à part des irritations radiculaires possibles selon le dermatome C7 à gauche, deuxièmement, une hépatite chronique (B 18.2) avec status après traitement à l'interféron en 1998, non-responder et une fibrose anamnestique et troisièmement une gastrite à Helicobacter (B98.0) avec traitement antibiotique depuis décembre 2012. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont noté un syndrome dépressif récurrent, actuellement d'épisode léger, un trouble lié à l'utilisation des substances multiples, actuellement une consommation d'alcool nuisible (F 10.1), un status anamnestique post opératoire d'une fracture du tibia gauche en 1982 environ, un syndrome douloureux chronique intermittent sans symptomatologie radiculaire (M54.5) avec mobilité libre de la colonne thoraco-lombaire, un abus de nicotine (F17.1), une leucopénie légère avec étiologie incertaine (D70.7) et une thrombopénie légère avec étiologie légère (D69.61), selon le diagnostic différentiel liée à l'éthylisme (AI pce 58 pp. 17 s.).

Quant à la capacité de travail, les experts estiment que l'assuré présente dans son ancienne activité professionnelle une incapacité de travail totale depuis l'opération de la hernie discale C6-C7 le 12 octobre 2012, cette activité ayant souvent impliqué des travaux exécutés au-dessus de la tête et le port de charges jusqu'à 45 kg. S'appuyant sur le rapport médical du Dr F.____ du 8 janvier 2013, les experts ont cependant conclu que l'assuré présente à partir de février 2013 une capacité résiduelle de travail de 90% dans une activité adaptée légère ou moyennement légère, ne nécessitant pas de travaux répétitifs au-dessus de la tête et le port de charges supérieur à 25 kg (p. 15 du rapport d'expertise). La diminution de la capacité de travail de 10% est motivée par des considérations gastroentérologiques, le Dr K._____ ayant estimé que l'hépatite chronique dont l'assuré souffre provoque des incapacités intermittentes (pp. 16 s. du rapport). D'un point de vue psychiatrique, le Dr I._____ a jugé que le trouble dépressif ainsi que le trouble lié à l'utilisation de substances multiples et l'abus d'alcool ne limitent pas la capacité de travail de l'assuré et que l'on peut attendre de lui non seulement qu'il s'abstienne de boire de l'alcool notamment avec de l'aide professionnel mais aussi qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail, soulignant que la concentration

de l'assuré n'est pas limitée, qu'il peut gérer sa vie d'une manière indépendante et qu'il dispose d'un cercle social même s'il est réduit. L'expert explique également pourquoi il ne peut pas attester la présence d'un trouble de la personnalité, l'assuré ayant auparavant été entièrement socialisé et ayant pu poursuivre des activités professionnelles (p. 10). De plus, il expose les raisons pourquoi, selon lui, contrairement à l'opinion du Dr E. _____, l'assuré ne souffre pas d'une dépression grave (AI pce 58 pp. 9 ss).

7.2 Le médecin G. _____ du SMR confirme le 31 mars 2014 dans l'ensemble le rapport d'expertise et notamment les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré auxquels elle ajoute un syndrome dépressif récurrent, actuellement d'épisode léger (F33.0). De plus, tout comme les experts, ce médecin atteste que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle et qu'il présente une capacité résiduelle de travail de 90% dans une activité adaptée légère ou moyennement lourde. Elle précise que cette activité ne doit pas impliquer des travaux sur des échelles ou échafaudages, des positions contraignantes agenouillées ou au-dessus de la tête et des épaules, des charges supérieures à 25 kg, des expositions environnementales avec un risque accru d'infections (froid, humidité, températures changeantes). Cependant, le médecin G. _____ estime que l'évolution de la capacité de travail doit être évaluée d'une manière différente des experts compte tenu du fait qu'une incapacité de travail totale a été attestée depuis le 1^{er} octobre 2011, que l'assuré a déposé le 23 mai 2012 sa demande de prestations AI notamment au motif d'une hépatite C et d'une dépression, que d'après les descriptions du premier entretien avec l'OAI du 12 juillet 2012, faisant état d'un moral, d'une mimique et d'une motivation diminués, des soins corporels négligés et d'un risque de suicide, il faut retenir que l'assuré présentait un trouble dépressif grave, que l'assuré a débuté le traitement psychiatrique chez le Dr E. _____ le 3 septembre 2012, que le Dr F. _____ a attesté une incapacité de travail totale jusqu'en février 2013 et que le dernier examen de l'expertise médicale a eu lieu le 14 octobre 2013. Le médecin du SMR a alors conclu que l'assuré présentait du 1^{er} octobre 2011 jusqu'au 14 octobre 2013 une incapacité de travail totale et depuis lors une capacité résiduelle de travail de 90% dans une activité adaptée (AI pce 61).

7.3 Ultérieurement, l'assuré a été hospitalisé dans la Clinique L. _____ du 13 mai au 18 juin 2014 pour un trouble de l'adaptation (prolongé) sur un trouble de la personnalité (AI pces 64 et 70 pp. 2 et 3). Le Dr M. _____, psychiatre de la clinique indique dans l'avis d'arrêt de travail du 18 juin

2014 un trouble de l'adaptation (prolongé) sur trouble de la personnalité (AI pce 70 p. 3). Dans son certificat du même jour, il note que l'assuré présente un état dysphorique sur un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Selon lui, actuellement, la rigidité du fonctionnement de l'assuré limite ses capacités d'adaptation et le maintient dans une situation de fragilité même en l'absence d'une symptomatologie dépressive sévère telle que définie par la DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; AI pce 72 p. 3). Le Dr E. _____ dans son certificat du 1^{er} juillet 2014 observe que son patient présente un trouble grave de la personnalité de type émotionnellement labile avec des angoisses et des idées morbides et des actes délétères sur le plan social et autodestructifs. Il explique notamment qu'un premier effondrement a eu lieu après une séparation il y a quelques années, le patient avait alors abandonné tous ses biens et était entré dans une période d'errance sociale. Son licenciement en 2012 a déclenché un nouvel effondrement et a replongé le patient dans un état dominé par un masochisme moral et social. Le Dr E. _____ expose qu'il a alors adressé son patient en hospitalisation pour une recrudescence d'idées de suicide dans un contexte de situation sociale très précaire. Dans cet environnement social protégé, les symptômes dépressifs et autodestructeurs ont cessé mais malheureusement cette situation n'est pas durable. Le médecin observe que la sortie de l'hôpital a conduit rapidement à une réactivation de l'angoisse avec à nouveau des idées morbides et un risque important de conduites à risque et autodestructives. Le Dr E. _____ estime qu'une invalidité serait justifiée vu le trouble de la personnalité dont les défenses sont selon lui actuellement dépassés (AI pce 72 p. 4).

7.4 Le Dr N. _____ du SMR, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans son avis du 8 octobre 2014 prend position sur ces nouveaux éléments médicaux. Il atteste que l'assuré a présenté pendant son séjour hospitalier à la Clinique L. _____ une incapacité de travail totale mais que par ailleurs, le trouble dépressif léger récidivant et l'abus d'alcool nocif dont l'assuré souffre ne peuvent pas fonder une incapacité de travail durable et qu'une capacité résiduelle de travail de 90% est exigible (AI pce 75).

En particulier, le Dr N. _____ explique que le trouble de l'adaptation observé par le Dr M. _____ est un trouble psychique de durée limitée et que son impact est moins important que celui d'un trouble dépressif léger attesté par le Dr I. _____ dans le rapport d'expertise. Il relève également que cet expert a exposé les raisons pour lesquelles l'on ne pouvait pas confirmer le diagnostic de trouble de personnalité de type émotionnel labile

qui est un trouble grave, limitant le quotidien et la vie sociale d'une manière considérable alors que l'assuré a jusqu'à son licenciement été intégré dans la vie professionnelle, peut gérer sa vie et qu'il n'y a pas de retrait social total. Le médecin précise que les effondrements notés par le Dr E. _____ après le divorce et le licenciement ne prouvent pas non plus l'existence d'un trouble de la personnalité qui cause des dommages sociaux importants. Le Dr N. _____ estime qu'avant et après l'hospitalisation, le trouble dépressif est léger et que celui-ci ainsi que l'abus d'alcool peuvent être traités avec la collaboration de l'assuré qui est exigible de sa part ce que le Dr I. _____ avait déjà relevé.

7.5 Sur la base du rapport d'expertise et des avis des médecins du SMR, l'Office AI a alors considéré que l'assuré ne peut plus poursuivre son activité habituelle depuis le 1^{er} octobre 2011. Cependant, dans une activité adaptée, il a retenu que la capacité résiduelle de travail était de 0% du 1^{er} octobre 2011 au 13 octobre 2013, de 90% du 14 octobre 2013 au 12 mai 2014, de 0% du 13 mai au 18 juin 2014, et de nouveau de 90% depuis lors.

7.6 Le recourant soutient que sa situation doit être réexaminée, ses médecins traitant, les Drs D. _____ et E. _____, lui attestant toujours une incapacité de travail totale (cf. les certificats d'incapacité de travail du 18 décembre 2013 et des 18 janvier, 18 février et 18 mars 2014, les avis d'arrêt de travail des 16 avril et 12 mai 2014 valables jusqu'au 12 juin 2014, signés du Dr D. _____ ainsi que les avis d'arrêt de travail des 1^{er} juillet, 28 août, 14 octobre, 14 novembre et 15 décembre 2014 et des 30 janvier, 13 mars, 10 avril et 28 mai 2015 valables jusqu'au 31 juillet 2015, attestés par le Dr E. _____ [AI pce 64 pp. 3 à 7 ; TAF pce 1 annexes 1 et pce 6 annexes, pce 10 annexes]). Par ailleurs, le Dr D. _____ dans son rapport du 11 janvier 2014 fait état de l'intervention de 2012 pour une volumineuse hernie discale C6-C7 ainsi que d'un trouble anxio-dépressif majeur (TAF pce 1 annexe). Le Dr E. _____ pour sa part note dans ses certificats des 26 février et 28 mai 2015 une situation stationnaire, avec un enracinement dans une position de passivité et une réactivation de l'anxiété et des pulsions autodestructrices qui restent au premier plan (TAF pce 10 annexes).

8.

8.1 D'après le principe inquisitoire qui régit également la procédure devant le TAF (art. 12 PA, cf. consid. 2 ci-dessus), le Tribunal 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

8.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits par la personne assurée – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.2.2 S'agissant des rapports des médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient en raison du lien de confiance, inhérent au mandat thérapeutique, qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc p. 353 et les références). Toutefois, ce fait

ne libère pas le Tribunal de son devoir d'apprécier correctement les preuves et il doit également prendre en considération les rapports versés par la personne assurée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.1).

8.3 Dans le domaine des assurances sociales, le Tribunal fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références). Le Tribunal – toute comme l'administration avant lui – peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction sans que cela n'engendre une violation du droit d'être entendu lorsqu'au terme de l'examen consciencieux des preuves, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait et est convaincu que des mesures probatoires supplémentaires ne pourraient plus modifier son appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir notamment ATF 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; à titre d'exemples : arrêts du Tribunal fédéral 9C_525/2014 du 18 août 2014 consid. 3.2 et I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.1).

9.

9.1 En l'occurrence, il sied de rappeler en premier lieu que l'assuré ne saurait tirer aucun argument en son faveur du fait que la sécurité sociale française lui a reconnu à compter du 15 décembre 2014 un titre de pension d'invalidité (TAF pce 6 annexe). Le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2 ci-dessus).

9.2 S'agissant du rapport d'expertise du 16 décembre 2013 (AI pce 58), le Tribunal constate qu'il contient une anamnèse complète et détaillée de la situation de l'assuré au plan de la médecine interne, psychiatrique, orthopédique et gastroentérologique et tient compte des plaintes subjectives du recourant (pp. 2 à 8, 10 s. et 15 du rapport). Il se fonde de plus sur des examens médicaux cliniques et de laboratoire propres (pp. 4 s., 8, 11 ss. et 14 s.). L'appréciation du cas et les conclusions sont motivées en détail et elles sont concordantes (pp. 8 ss, 13 ss, 15 s. et 17 ss). Enfin, les Drs H._____, I._____, J._____ et K._____ possèdent les titres nécessaires pour examiner et apprécier les atteintes de l'assuré. Par ailleurs, les médecins du SMR ont confirmé les diagnostics retenus par les experts et l'appréciation de la capacité résiduelle de travail

de 90% dans une activité adaptée (AI pces 61 et 75). Dès lors, le rapport d'expertise répondant aux exigences jurisprudentielles (cf. consid. 8.2.1), le Tribunal peut se fonder sur ces conclusions.

Quant à l'évolution de la capacité de travail de l'assuré, le médecin G._____ du SMR n'a pas suivi les experts. Elle a nuancé l'appréciation compte tenu des différents éléments résultant du dossier, établissant notamment que l'assuré a dans un premier temps, depuis le 1^{er} octobre 2011, souffert d'une dépression grave (AI pce 61) et qu'il a commencé un traitement psychiatrique le 3 septembre 2012 auprès du Dr E._____. Les conclusions du médecin G._____ n'ont pas été contestées par le Dr N._____ (AI pce 75) qui en tant que psychiatre et psychothérapeute est habilité à apprécier les troubles psychiques de l'assuré. Le Tribunal peut donc suivre les précisions des médecins du SMR.

9.3 Le recourant avance que selon ses médecins traitants il est toujours en incapacité de travail totale.

Toutefois, le Tribunal constate que l'état orthopédique de l'assuré et notamment la hernie cervicale opérée le 12 octobre 2012, avancée par le Dr D._____ le 11 janvier 2014 (TAF pce 1 annexes), ont fait l'objet d'une expertise approfondie par le Dr J._____ à l'ABI. Cet expert a conclu que l'assuré ne présente depuis février 2013 pas d'incapacités de travail pour des raisons orthopédiques dans une activité adaptée, physiquement légère ou moyennement lourde (AI pce 58 p. 15). Cette appréciation est corroborée par celle du Dr F._____ qui a estimé que l'assuré présente après la période postopératoire, à partir de février 2013, une capacité de travail entière (AI pce 40). Le recourant n'explique pas pour quelles raisons l'on ne saurait pas suivre ces conclusions.

Sur le volet psychiatrique, le Tribunal remarque que les Drs I._____ et N._____ ont expliqué que le diagnostic de trouble de personnalité limite noté par les Drs M._____ et E._____ ne peut pas être confirmé. Leur évaluation qui se base sur l'observation que l'assuré a jusqu'à son licenciement été intégré dans la vie professionnelle, peut gérer son quotidien et dispose d'un cercle social, est convaincante (AI pce 58 p. 10, pce 75 p. 4). Le parcours professionnel de l'assuré ne fait en effet pas état d'absences prolongées (cf. CV de l'assuré [AI pce 15]). Le Dr N._____ a également remarqué que le trouble de l'adaptation retenu par les Drs M._____ et E._____ est de durée limitée et moins grave que le trouble dépressif léger attesté par le Dr I._____ (AI pce 75 p. 3). De plus, le Dr N._____ a admis une incapacité de travail totale pendant le séjour

hospitalier de 5 semaines mais a confirmé en outre une capacité résiduelle de travail entière au vu du trouble dépressif récurrent d'épisode léger ainsi que de l'abus d'alcool (AI pce 75). Dans cette situation, un trouble anxio-dépressif majeur avancé le 11 janvier 2014 par le Dr D._____ (TAF pce 1 annexe) qui de plus n'est pas spécialisé en psychiatrie ne peut pas être retenu. De surcroît, le recourant n'expose pas pourquoi d'un point de vue médical les appréciations des Drs I._____ et N._____ ne sont pas convaincantes et pourquoi celles de ses médecins traitants doivent être préférées. Or, à ce sujet il sied de remarquer que les avis des médecins traitant sont souvent favorables à leur patients (cf. consid. 8.2.2).

Par ailleurs, le recourant ne prétend pas que les experts et les médecins du SMR ont ignorés certains éléments et que leurs conclusions sont contradictoires.

Dès lors, au sens de la jurisprudence citée (cf. consid. 8.2.1 ci-dessus), le Tribunal confirme les conclusions du rapport d'expertise précisées par les médecins du SMR. De plus, il constate que des examens médicaux supplémentaires sont superflus (cf. consid. 8.3 ci-dessus).

9.4 En conclusion, le TAF retient que l'assuré souffre principalement d'un syndrome douloureux chronique cervico-vertébral, d'une hépatite chronique, d'une gastrite à Helicobacter ainsi que d'un syndrome dépressif récurrent, actuellement d'épisode léger. Depuis le 1^{er} octobre 2011, il ne peut plus poursuivre son activité habituelle. Dans une activité adaptée, il a présenté une capacité résiduelle de travail de 0% du 1^{er} octobre 2011 au 13 octobre 2013, de 90% du 14 octobre 2013 au 12 mai 2014, de 0% du 13 mai au 18 juin 2014, et de nouveau de 90% depuis lors.

10.

Il convient ensuite de déterminer le taux d'invalidité du recourant et son éventuel droit à une rente.

10.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

10.2 Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être calculé sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

Un revenu d'invalidité fixé d'après les données statistiques doit dans certains cas être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) qui impliquent que celui-ci ne peut pas réaliser le salaire déterminé, applicable aux employés qui ne souffrent pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). La jurisprudence n'admet cependant pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de cet abattement relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le TAF, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de la déduction, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'administration (cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, n° 2016, n° 2129 ss) et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 6).

10.3 Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt. En outre, 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 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4 et 128 V 174).

10.4 Dans le cas concret, l'administration a déterminé les deux revenus à comparer sur la base de l'année 2012. En effet, au vu de l'incapacité de travail attestée depuis le 1^{er} octobre 2011 et de la demande de prestation

déposée le 29 mai 2012, le droit à la rente du recourant peut naître en l'espèce au plus tôt le 1^{er} novembre 2012 (cf. consid. 5.1 ci-dessus).

10.5 L'assuré ayant présenté du 1^{er} octobre 2011 jusqu'en octobre 2013 une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, son taux d'invalidité correspond à 100% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a, 104 V 135 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2009 du 2 décembre 2009 consid. 4; à titre d'exemples : arrêts du TAF C-1047/2011 du 5 octobre 2012 consid. 10.5 et C-652/2011 du 7 novembre 2012 consid. 7.3).

Il résulte de l'art. 29 al. 1 LAI et de l'art. 88a al. 1 RAI cités (cf. consid. 5.1 et 5.6 ci-dessus) que l'assuré a droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2013.

10.6 Pour la période subséquente, l'Office AI a effectué une comparaison des revenus.

Pour déterminer le revenu sans invalidité il s'est à juste titre basé sur le revenu que l'assuré a obtenu auprès de son ancien employeur, à savoir le montant de 72'280 francs en 2012 (5'560 francs x 13 [AI pce 12 p. 4]). Indexé à 2014, il en résulte un revenu sans invalidité de 73'367.60 francs (1939=100 ; 2012=2'326 ; 2014=2'361).

L'office intimé a déterminé le salaire d'invalidé sur la base des données statistiques, l'assuré n'ayant pas repris une activité professionnelle. Il résulte des données 2010, table TA1, dont l'utilisation est en principe prescrite (ATF 133 V 545 consid. 5.1 et 5.2, 124 V 321 consid. 3b/aa), pour les hommes un salaire de 4'901 francs pour 40h/semaine, respectivement de 5'097.05 francs pour 41.6h/semaine usuelles, dans des activités simples et répétitives (niveau 4) de tout le secteur privé. Indexé à 2014, ce salaire s'élevait à 5'266.60 francs par mois (2010=2'285) et à 63'199.20 francs par an (x 12). Compte tenu de la capacité de travail de 90%, il en résulte un revenu de 56'879.30 francs. L'OAI n'a pas effectué un abattement sur ce montant. Il explique que selon lui la réduction de la capacité de travail à 90% et le niveau 4 des salaires retenu tiennent déjà compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le TAF ne met pas en cause ces considérations qui sont justifiées. Cependant, il estime qu'il sied de tenir compte que le recourant doit changer sa profession exercée depuis de nombreuses années (AI pce 15) et qu'il ne peut ainsi pas bénéficier des années de service dans sa nouvelle activité que, de plus, il ne peut exercer qu'à 90%. Par rapport à un salarié sans problèmes de santé, ces éléments

réduisent la possibilité de l'assuré d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le marché économique (cf. consid. 10.2 ci-dessus) d'une manière légère et il se justifie d'en tenir compte par un abattement de 5% sur le salaire statistique de 56'879.30 francs. Le revenu d'invalidé se monte alors à 54'035.35 francs.

10.7 La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 19'332.25 francs (73'367.60 francs – 54'035.35 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 26% (19'332.25 francs/73'367.60 francs x 100%). Ce taux ne donne pas droit à une rente (cf. consid. 5.5 ci-dessus).

Enfin, à juste titre, l'Office intimé a expliqué que l'incapacité de travail entière du 13 mai au 18 juin 2014 ne peut pas fonder un droit à une rente d'invalidité au sens de l'art. 88a al. 2 RAI cité (consid. 5.6 ci-dessus), celle-ci n'ayant été que de courte durée.

11.

En conclusion, c'est de bon droit que l'OAIE a accordé à l'assuré par sa décision contestée du 5 février 2015 une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2013 pour lui-même et sa fille cadette. En conséquence, le recours de l'assuré doit être rejeté.

12.

Il reste à examiner la question des frais de procédure et des dépens.

Aux termes de l'art 63 al. 1 PA selon lequel les frais de procédure sont de règle générale à la charge de la partie qui succombe, le recourant débouté doit prendre en charge les frais de procédure s'élevant à 400 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de procédure du même montant dont le recourant s'est acquitté durant la présente procédure (TAF pces 7, 9 et 11).

Il n'est pas alloué de dépens, le recourant qui succombé n'y ayant pas droit aux termes de l'art. 64 al. 1 PA dans son sens opposé. De plus, aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (cf. art. 7 al. 3 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté et la décision du 5 février 2015 confirmée.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont à la charge du recourant. Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par le recourant.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec accusé de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ... ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)
- à Helvetia Versicherungen (Acte judiciaire ; Contrat de prévoyance professionnel).

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 :