



Cour III
C-1465/2011

Arrêt du 10 mai 2012

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Daniel Stufetti, Stefan Mesmer, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

X. _____,
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 14 janvier 2011).

Faits :**A.**

Le ressortissant français X._____, né le [...] 1957, a travaillé en Suisse entre 1980 et 1993 et a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AI pce 6). L'assuré est depuis le 25 août 2008 sans emploi et touche depuis le 19 mars 2010 une pension d'invalidité de catégorie 2 de la sécurité sociale française (cf. notification de montant de pension d'invalidité du 7 juin 2010 [AI pce 11] et questionnaire à l'assuré, signé le 15 septembre 2010 [AI pce 14]).

B.

Le 8 avril 2010, l'assuré présente une demande de prestations AI par le biais du formulaire E 204 que la sécurité sociale française transmet à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE; AI pce 1).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, les documents suivants sont versés en cause:

- le formulaire E 207 renseignant sur la carrière de l'assuré (AI pce 3),
- le questionnaire à l'assuré, signé le 15 septembre 2010 duquel il appert que l'assuré est en incapacité de travail depuis le 19 mars 2010 (AI pce 14),
- le questionnaire pour l'employeur, signé le 16 septembre 2010 de la part de A._____ qui informe que l'intéressé a travaillé pour eux du 9 mai 2007 au 24 juillet 2008 dans le montage de camping car (AI pce 13),
- le rapport médical manuscrit, non daté et en partie illisible, du Dr B._____, rhumatologue (AI pce 15 annexe),
- un rapport médical, non daté et non signé, qui fait état d'une polyarthralgie inflammatoire chronique invalidante (AI pce 15),
- les résultats de l'examen hématologique du 27 juin 2007 (AI pce 16),
- les résultats des examens biochimiques des 7 et 8 février 2008 (AI pces 17 et 18),

- les résultats de l'examen hématologique et immunologique du 5 décembre 2008 (AI pce 19),
- les résultats de l'examen hématologique et immunologique du 8 décembre 2009 (AI pce 20 annexe),
- les résultats de l'examen biochimique du 8 juillet 2009 (AI pce 20 annexe),
- l'ordonnance médicale du 10 juillet 2009 du Dr C._____ prescrivant du Z._____ (un anti-inflammatoire non stéroïdien) et de l'Y._____ (AI pce 21),
- les résultats des examens laboratoires du 18 septembre 2009 (AI pce 23),
- les résultats de l'examen immunologique du 22 septembre 2009 (AI pce 22),
- la prescription médicale du 24 septembre 2009 de la Dresse D._____, rhumatologue (AI pce 24),
- le résultat de l'examen immuno-hématologique du 13 octobre 2009 (AI pce 26),
- les résultats de l'examen biochimique sanguin du 14 octobre 2009 (AI pce 25),
- le rapport médical manuscrit du 15 octobre 2009 de la Dresse D._____ (AI pces 27 et 28),
- l'attestation médicale du 24 novembre 2009 du Dr E._____, médecin généraliste, qui certifie que son patient présente des difficultés motrices des membres inférieurs lors de ses poussées algiques, rendant très difficile l'utilisation des escaliers (AI pce 29),
- les résultats de l'examens immunologique du 30 décembre 2009 (AI pces 31, 32),
- les résultats des examens laboratoires du 31 décembre 2009 (AI pce 30),
- les résultats de l'examen hématologique du 8 mars 2010 (AI pces 33),

- le résultat de l'examen radiologique de la main droite du 8 mars 2010 signé du Dr F._____ (AI pce 34),
- l'ordonnance médicale du 11 mars 2010, signée du Dr C._____ prescrivant du X._____ (traitement de goutte aiguë et prophylaxie), du Z._____ et de l'W._____ (pour le traitement préventif des crises de goutte; AI pce 35),
- le certificat médical du 19 mars 2010 du Dr E._____ qui certifie que l'état de santé de son patient justifie l'obtention d'une pension d'invalidité (AI pce 36),
- les résultats des examens laboratoires du 3 mai 2010 (AI pce 37),
- le rapport médical du 11 juin 2010 du Dr E._____ qui informe de douleurs polyarticulaires (AI pce 38),
- le rapport médical détaillé E 213 du 25 juin 2010, signé du Dr G._____, médecin conseil spécialisé en médecine générale, qui pose le diagnostic de polyarthrose et d'arthropathie goutteuse due à un déficit enzymatique et autres troubles héréditaires qui provoquent de nombreuses crises (deux par mois environ). Il estime qu'il n'y a pas de possibilité de reclassement, qu'il n'existe pas un travail adapté et que la capacité de travail est réduite de plus de 2/3 depuis le 19 mars 2010 (AI pce 39),
- les résultats des examens biochimiques du 23 juillet 2010 (AI pce 40),
- les résultats des examens laboratoires du 29 juillet 2010 (AI pce 41),
- le résultat des examens radiologiques des deux poignets et des deux mains du 4 août 2010, signé du Dr H._____ qui signale un rhumatisme inflammatoire (AI pce 42 annexe),
- les résultats de l'examen radiologique de l'épaule gauche et de l'échographie musculaire du 4 août 2010, signés du Dr F._____ (AI pce 42),
- les résultats des examens laboratoires du 9 septembre 2010 (AI pce 43),
- le rapport final du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 2 novembre 2010, signé du Dr I._____ qui relève comme

diagnostics une polyarthrose (rachis, hanches) et des crises de goutte. Il retient une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} novembre 2009 dans l'activité habituelle lourde et une capacité entière dans une activité adaptée qui permet le changement des positions et qui exclut des rotations du tronc et de porte-à-faux, le port de charges lourdes, supérieures à 10kg, des travaux lourds, la marche supérieure à 1 km, le travail sur échelle, toit ou échafaudage. Les crises de goutte n'entraînent que des incapacités de travail de courte durée (AI pce 45),

- l'évaluation de l'invalidité d'après la méthode générale du 24 novembre 2010 selon laquelle l'assuré présente un taux d'invalidité de 24% (AI pce 46).

C.

Avec le projet de décision du 25 novembre 2010, l'OAIE signifie à X._____ qu'il entend rejeter sa demande de prestations, ne présentant pas d'invalidité au sens de la loi (AI pce 47).

D.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'intéressé invoque par son courrier daté du 6 décembre 2010 qu'il ne peut plus marcher et bouger lors de ses crises qui peuvent durer plus d'une dizaine de jours, deux à trois fois par mois (AI pce 49). Il joint une attestation médicale du 8 décembre 2010 du Dr E._____ qui certifie que son patient présente actuellement une maladie évolutive, le rendant inapte à une activité professionnelle (AI pce 48).

Appelé à se prononcer, le Dr I._____ confirme le 11 janvier 2011 son appréciation précédente. Il avance que les nouvelles informations médicales n'annoncent pas de nouvelle atteinte à la santé et ne fournissent pas d'élément médical objectif laissant suspecter un état de santé aggravé (AI pce 51).

E.

Par décision du 14 janvier 2011, l'OAIE maintient sa position et rejette la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI pce 52).

F.

En date du 7 février 2011, X._____ dépose recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF). Il demande implicitement l'annulation de la décision attaquée ne

pouvant plus travailler en raison des crises de gouttes qui provoquent des douleurs insupportables (TAF pce 1). A son appui, il produit le certificat médical du 24 janvier 2011 du Dr E._____ qui informe que son patient présente une arthropathie microcristalline polyarticulaire qui, malgré un traitement médical continu, ne permet pas la reprise d'une activité professionnelle même légère (TAF pce 1 annexe).

G.

Par courrier du 4 juin 2011, le recourant verse en cause un rapport médical, non daté et non signé, qui informe d'une polyarthralgie inflammatoire chronique invalidante (TAF pce 5).

H.

Dans sa réponse du 7 juin 2011, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. L'autorité administrative se base notamment sur la prise de position du 24 mai 2011 du Dr I._____ qui maintient ses conclusions, l'assuré n'annonçant pas de nouvelles atteintes à la santé, l'arthropathie microcristalline polyarticulaire correspondant à une arthropathie goutteuse qui a déjà été prise en compte dans les évaluations précédentes (TAF pce 7 et AI pce 54).

I.

Par courrier du 6 juillet 2011, le recourant transmet un rapport médical, non daté et non signé, qui fait état d'une polyarthralgie inflammatoire chronique invalidante (TAF pce 13 annexe).

J.

Par décision incidente du 8 août 2011, le TAF admet la demande d'assistance judiciaire du recourant dans le sens que celui-ci est dispensé du paiement des frais de procédure (TAF pce 14).

K.

Par duplique du 17 octobre 2011, l'OAIE réitère ses conclusions (TAF pce 19). D'après la prise de position médicale du 11 octobre 2011 du Dr I._____, les nouvelles informations médicales n'apportent pas d'éléments nouveaux (TAF pce 19 et AI pce 56).

L.

Par courrier du 8 novembre 2011, X._____ transmet les documents suivants:

- la prescription médicale du 26 septembre 2011 du Dr E._____ s'agissant du X._____, de l'W._____, du V._____ (un anti-inflammatoire), du U._____ et du T._____ (un antalgique),
- le certificat médical du 8 novembre 2011 du Dr E._____ qui certifie que son patient présente des arthropathies microcristallines polyarticulaires, limitant son activité physique,
- une carte de stationnement pour personnes handicapées délivré au recourant par la direction départementale de la cohésion sociale (TAF pce 21 et annexes).

Droit :

1.

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

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

1.3. X._____ 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. Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable et il est entré en matière sur le fonds du recours.

2.

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2^e éd.,

Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006).

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, est ainsi applicable la LAI modifiée par la 5^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215). X. _____ étant de nationalité française, sont également déterminants 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), 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 (RS 0.831.109.268.1) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11), en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1).

Par contre, ne sont pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ainsi que l'annexe II révisée de l'ALCP et les nouveaux règlements (CEE) n° 883/2004 et 987/2009, en vigueur pour la Suisse depuis le 1^{er} avril 2012 (cf. section A art. 3 et 4 de l'annexe II révisée ALCP, art. 87 par. 1 et art. 90 par. 1 let. c du règlement (CEE) n° 883/2004).

3.2. D'après 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. De plus, comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, le droit à une rente

d'invalidité d'un assuré qui prétend à des prestations de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3. Les dispositions de la LPGA sont applicables en matière d'assurance-invalidité si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

4.

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total (art. 36 al. 1 LAI).

En l'occurrence, X._____, ayant cotisé en Suisse de 1980 à 1993 (AI pce 23), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi suisse.

5.

5.1. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré 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,
- il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable,
- au terme de cette année, il est invalidé à 40% au moins.

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).

Selon l'assurance-invalidité suisse, la notion d'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées. Le taux d'invalidité ne se confond donc pas nécessairement pas avec le taux d'incapacité de travail déterminé par le médecin.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle, n'est pas assurée. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], chiffre 1021).

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

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (cf. l'ALCP, en dérogation à l'art. 29 al. 4 LAI).

5.4. Le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI).

6.

6.1. Afin d'instruire une demande de prestations, l'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI 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 (art. 69 al. 2 RAI).

6.2. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui 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. Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

6.3. 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. 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 réf. cit.).

7.

7.1. En l'occurrence, X._____ conteste la décision de l'OAIE parce qu'il estime ne plus être en mesure d'exercer une activité lucrative notamment en raison de ses crises de gouttes. La date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b), le Tribunal de céans peut donc se limiter à examiner si et dans quelle mesure le recourant a droit à une rente d'invalidité entre le 8 octobre 2010 (cf. art. 29 al. 1 LAI et consid. 6.4 ci-dessus) et le 14 janvier 2011. La documentation médicale postérieure à cette date ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de la situation médicale de l'assuré avant la date de la décision attaquée.

7.2. Il est établi que X._____ souffre de problèmes rhumatologiques, à savoir de polyarthrose et d'arthropathie goutteuse aussi appelée arthropathie microcristalline polyarticulaire (cf. rapport médical détaillé E 213 du 25 juin 2010 du Dr G._____ [AI pce 39], rapport final du SMR du 2 novembre 2010 du Dr I._____ [AI pce 45], le certificat médical du 24 janvier 2011 du Dr E._____ [TAF pce 1 annexe] et la prise de position médicale du 24 mai 2011 du Dr I._____ [AI pce 54]).

Nonobstant ces problèmes de santé, le Tribunal de céans constate qu'aucun rapport rhumatologique, décrivant d'une manière complète la situation médicale de l'assuré, ne se trouve pas dans le dossier. Les notes manuscrites très succinctes du Dr B._____ et de la Dresse D._____, rhumatologues (cf. prescription médicale du 24 septembre 2009 [AI pce 24] et rapport médical manuscrit du 15 octobre 2009 [AI pces 27 et 28]) et les nombreux résultats des examens laboratoires ne peuvent compenser cette lacune. Le rapport détaillé E 213 du 25 juin 2010 du Dr G._____ (AI pce 39) et les divers certificats médicaux du Dr E._____, médecin de famille (cf. certificat médical du 19 mars 2010 [AI pce 36], attestation médicale du 8 décembre 2010 [AI pce 48], certificat médical du 24 janvier 2011 [TAF pce 1 annexe]), n'émanent pas de médecins spécialisés en rhumatologie, ne bénéficient pas non plus de la valeur probante; le Tribunal de céans ne pourra retenir les conclusions de ces médecins. On rappelle que la qualification du médecin joue un rôle déterminant pour juger du bien-fondé d'un avis médical, cela d'autant plus lorsque l'on se trouve, comme en l'espèce, en présence d'une maladie rhumatologique (cf. entre autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1, 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). Faute d'un dossier médical complet, le Tribunal de céans ne peut pas non plus suivre les conclusions du Dr I._____ qui, de plus, n'est pas titulaire d'une qualification spécifique en rhumatologie bien que la rhumatologie doit être représentée dans les services médicaux régionaux de l'AI selon l'art. 48 du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201). Par ailleurs, le Dr I._____ a estimé que la goutte polyarticulaire ne peut entraîner que des incapacités de travail de courtes durées et que les crises de goutte répondent bien à un traitement ciblé (cf. ses rapports du 2 novembre 2010, des 11 janvier, 24 mai et 11 octobre 2011 [AI pces 45, 51, 54 et 56]). Or, les autres rapports versés au dossier rapportent que l'assuré souffre de nombreuses crises (2 par mois environ), malgré un traitement préventif instauré (cf. le rapport médical détaillée E 213 du 25 juin 2010 du Dr G._____ [AI pce 39], le certificat médical du 24 janvier 2011 du Dr E._____ [TAF pce 1 annexe], les certificats médicaux non datés et non signés qui signalent une

polyarthralgie inflammatoire chronique, ne répondant pas au traitement médical [AI pce 15 annexe, TAF pce 5, TAF pce 13 annexe] et la prescription médicale du 11 mars 2010 du Dr C._____ [AI pce 35]). Il existe donc des doutes quant au degré de l'incapacité de travail résiduelle de l'assuré qu'une expertise rhumatologique doit clarifier.

8.

En conclusion, la décision querellée est annulée et le recours de X._____ est partiellement admis. La cause est renvoyée à l'OAIE en application de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est justifié dans le cas concret, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le complément d'instruction comprendra notamment la réalisation d'une expertise rhumatologique, visant à déterminer avec exactitude la capacité de travail résiduelle du recourant. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

9.

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du Règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le recourant ayant agi sans représentation professionnelle et n'ayant dû supporter des frais relativement élevés, il n'est pas alloué de dépens (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 14 janvier 2011 est annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec accusé de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

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, 6004 Lucerne, 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 fédérale du 17 juin 2005 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 :