



Cour III
C-2473/2012

Arrêt du 23 août 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Vito Valenti, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Bergantiños Convenios Internacionales,
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 3 avril 2012).

Faits :**A.**

A._____, né le (...) 1966, a travaillé comme maçon sur des chantiers en Suisse de 1985 à 2000 et cotisé à l'AVS/AI. En 2001 il est retourné dans son pays d'origine et y a poursuivi son activité lucrative. Depuis juillet 2010, suite à un infarctus du myocarde, il ne travaille plus et bénéficie d'une rente d'invalidité espagnole.

B.

Le 19 août 2011, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité que l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a reçu le 6 septembre 2011 (AI pce 3). Lors de l'instruction du cas, l'OAIE a versé divers documents médicaux, entre autres un formulaire médical E 213 de la sécurité sociale espagnole daté du 26 août 2011 (AI pce 5) et des rapports du complexe universitaire hospitalier de A Coruna (AI pces 13 à 18).

C.

Dans son rapport du 8 décembre 2011 (AI pce 20), la Dresse B._____ du service médical de l'OAIE a retenu que l'assuré avait présenté le 30 juillet 2010 un infarctus inférieur du myocarde dans un contexte de maladie de la coronaire droite qui avait été dilatée avec succès. Elle a noté que l'assuré continuait de se plaindre de sensations d'oppression précordiale et présentait une sténose de 50 % à 70 % de l'artère carotide commune droite. Selon cette médecin, la poursuite de l'ancienne activité de maçon n'était plus exigible, par contre une activité adaptée plus légère sans effort important ni stress soutenu (par ex. concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, magasinier, vendeur par correspondance, réparateur de petits appareils, vendeur de billets, distributeur de courrier interne, commissionnaire, réceptionniste, standardiste, téléphoniste, etc.) était possible à plein temps dès le 21 octobre 2010. Dans sa comparaison de revenu du 5 janvier 2012, l'OAIE a retenu un salaire mensuel sans invalidité de 5'826.08 francs et un salaire mensuel d'invalidité dans une activité adaptée (après abattement de 5 %) de 4'498.53 francs et évalué la perte de gain donc le taux d'invalidité à 23 % (AI pce 21).

D.

Par projet de décision du 11 janvier 2012 (AI pce 22), l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations parce qu'il présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée. Lors de son appel téléphonique du 2 février 2012 en langue italienne, l'assuré a

communiqué à l'OAIE qu'il ne comprenait pas le refus de sa demande (AI pce 23). C'est pourquoi, l'OAIE lui a envoyé un nouveau projet de décision le 2 février 2012 en langue italienne avec le même contenu que celui du 11 janvier 2012 (AI pce 24). L'assuré n'a formulé aucune observation dans le délai imparti.

E.

Par décision du 3 avril 2012 (AI pce 25), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité parce que l'assuré présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée.

F.

Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal) le 3 mai 2012, concluant à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a argué qu'il souffrait d'artériosclérose avec sténoses partielles de deux artères carotides, de diabète, d'hypercholestérolémie, d'hypertension, d'hypersomnie diurne, avait des troubles dégénératifs de la colonne lombaire et cervicale et suivait un traitement antidépresseur. Il a joint à son recours divers rapports médicaux, en particulier un rapport du Dr. C. _____ du 26 avril 2012 indiquant qu'une activité adaptée n'est possible qu'à temps partiel (TAF pce 1). Le 23 mai 2012, il a demandé à recevoir la correspondance du Tribunal en langue française (TAF pce 3).

G.

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 14 août 2012, la Dresse B. _____ a indiqué que la sténose de l'artère carotide de 50 % à 70% était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée sans effort important ni stress soutenu à plein temps. Cette médecin a précisé que, au vu de la documentation médicale au dossier, y compris les nouveaux documents produits avec le recours, rien ne s'opposait à une activité adaptée à plein temps. Dans sa réponse au recours du 4 septembre 2012 (TAF pce 7), l'OAIE a renvoyé à la prise de position de son service médical et a conclu au rejet du recours.

H.

Dans sa réplique du 16 octobre 2012 (TAF pce 10), l'assuré a fait valoir qu'il présentait des migraines avec aura, de multiples facteurs de risques cardiovasculaires, des apnées du sommeil et des sténoses des carotides des deux côtés et que, vu son état de santé, l'exercice d'une activité adaptée à plein temps n'était pas exigible. Il a produit deux nouveaux

rapports médicaux, soit un bref rapport neurologique du Dr D. _____ du 21 mai 2012 et un rapport du Dr E. _____ du 26 septembre 2012.

I.

L'OAIE a soumis le dossier une nouvelle fois à son service médical. Dans sa prise de position du 1^{er} novembre 2012, la Dresse B. _____ a indiqué que les multiples facteurs de risque justifiaient une prise en charge adéquate ainsi qu'une perte de poids, mais n'entraînaient pas une incapacité de travail et qu'il en allait de même pour la stéatose hépatique, les migraines, l'hernie inguinale et l'hernie hiatale. Cette médecin a précisé qu'une éventuelle hypersomnie diurne entraînait une limitation pour les activités à risque d'accident ou de blessure, mais qu'une activité adaptée plus légère et sans effort important ni stress soutenu restait possible à plein temps. Dans sa duplique du 7 novembre 2012 (TAF pce 12), l'OAIE a renvoyé à la prise de position de son service médical et réitéré ses conclusions.

J.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400.- francs le 3 décembre 2012 (TAF pce 15) et a présenté des observations le 20 décembre, réitérant ses conclusions (TAF pce 16).

K.

En date du 5 juillet 2013, l'assuré a produit un rapport cardiologique du Dr F. _____ daté du 12 juin 2013 mentionnant une hospitalisation de 9 jours suite à des douleurs thoraciques (TAF pce 17).

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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrati-

ve (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas 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), le recours est recevable.

2.

2.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). 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) sont applicables. Toutefois les dispositions de la 5^e révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011.

2.2 En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 3 avril 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf.).

3.

3.1 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le

cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

3.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier 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) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 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]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

3.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. L'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

3.4 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.

3.5 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.

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 puisse 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 plus de 3 ans et 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 comme maçon en Suisse pendant 16 ans et poursuivi cette activité après le retour dans son pays d'origine en 2001 pendant 9 ans jusqu'à son infarctus du myocarde en juillet 2010. Le Tribunal peut donc retenir que, au moins jusqu'en juillet 2010, l'assuré ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi suisse.

6.2 Pour la période successive, on dispose d'une documentation médicale. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent 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).

6.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est cependant 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.

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).

7.3 Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, ren-

seignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (STÉPHANE BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg, 1999, p. 142). Plus pragmatiquement l'administration peut procéder à une appréciation anticipée des preuves pour juger de la non nécessité d'une expertise médicale si le dossier est complet (cf. ATF 135 V 2 consid. 1.3).

8.

8.1 En l'espèce, l'intéressé souffre principalement de problèmes cardiovasculaires et est régulièrement suivi pour cette affection comme l'attestent les différents rapports médicaux espagnols produits au cours de la procédure. Outre les problèmes au niveau cardiologique, le recourant présente toute une série d'autres pathologies somatiques ainsi qu'un trouble dépressif qui a nécessité un suivi thérapeutique (voir rapport de la Dresse G._____ du 3 janvier 2012 joint au recours). Or, la Dresse B._____, appelée à se prononcer à diverses reprises au cours de la procédure, retient que seule l'affection cardiologique justifie une incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais que le recourant est apte à exercer une activité de substitution plus légère à plein temps (telle que concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, magasinier, vendeur par correspondance, réparateur de petits appareils, vendeur de billets, distributeur de courrier interne, commissionnaire, réceptionniste, standardiste, téléphoniste), qui tient compte de ses limitations fonctionnelles, les autres pathologies n'étant pas invalidantes et donc sans influence sur la capacité de travail résiduelle.

8.2 Au vu des nombreuses pièces produites par l'assuré décrivant ses multiples problèmes de santé (migraines avec aura, apnées du sommeil, sténoses des carotides des deux côtés, hypercholestérolémie, hypertension, hypersomnie diurne, troubles dégénératifs de la colonne lombaire et cervicale, trouble dépressif, stéatose hépatique, hernie inguinale, hernie hiatale), l'appréciation que le recourant est apte à exercer une activité de substitution plus légère à plein temps (et sans baisse de rendement) ne peut être retenue par le Tribunal de céans sans autre comme déterminante au regard du devoir de l'administration d'instruire selon le mode inquisitoire un dossier, au besoin en requérant le complètement de rapports médicaux et en sollicitant les rapports médicaux nécessaires déterminés par les pathologies existantes, lesquelles ont entraîné une attestation d'inaptitude totale au travail dans l'activité habituelle.

Il s'ensuit de ce qui précède que le dossier doit être retourné à l'administration en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle requiert une expertise pluridisciplinaire fixant les limitations fonctionnelles de l'assuré, les conditions que devrait remplir une activité adaptée, la capacité de travail résiduelle de l'intéressé dans une telle activité ainsi que l'éventuelle perte de gain et rende une nouvelle décision.

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 en étant représenté, il a 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]). Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant, le Tribunal lui alloue une indemnité globale de dépens de 1'000.- francs sans TVA car le recourant est domicilié à l'étranger, raison pour laquelle cette taxe n'est pas due (cf. entre autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6248/2011 du 25 juillet 2012 consid. 12.2.5).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision de l'OAIE du 11 janvier 2012 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens du consid. 8.

2.

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

3.

L'OAIE versera à la partie recourante 1'000.- francs à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

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 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 :