



Cour III
C-4417/2015

Arrêt du 23 mai 2018

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Alison Mottier, greffière.

Parties

A. _____, (France),
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du
23 juin 2015).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant), né le (...) 1956, possédant la double nationalité suisse et française, divorcé, père de deux enfants majeurs, domicilié en France (AI pces 3, 4 et 7), a travaillé en Suisse de 1974 à 2011 et a totalisé 446 mois de cotisations aux assurances sociales suisses (AI pce 11). L'intéressé a été employé en dernier lieu en qualité d'aide constructeur de piscines à 100% auprès de l'entreprise B. _____ du 1^{er} mai 2005 au 31 mars 2013, date à laquelle son contrat de travail a été résilié par l'entreprise (AI pces 14, 15, 40 p. 149).

B.

B.a Jusqu'au 8 juillet 2014, l'intéressé a été mis au bénéfice d'indemnités journalières versées par l'assureur-maladie C. _____ SA (ci-après : assureur perte de gain ; AI pces 40 p. 158 à 163 ; 52 p. 198) en raison d'une lombosciatalgie pour laquelle il est en incapacité de travail depuis le 6 juillet 2012 (AI pces 1 p. 6 à 8 ; 4 p. 20 ; 40 p. 146).

B.b Dans le cadre de la procédure d'indemnités journalières, l'assureur perte de gain a recueilli en particulier la documentation suivante :

- un rapport d'IRM rachidienne lombaire du 6 août 2012 de la Dresse D. _____, diplômée de Radiodiagnostic exerçant au centre E. _____, retenant des discopathies dégénératives modérées T12-L1, L1-L2, des discopathies dégénératives évoluées L2-L3, L3-L4, une discopathie dégénérative marquée L4-L5 avec hernie discale postéro-latérale droite à l'origine d'un conflit radiculaire, une discopathie dégénérative très modérée L5-S1. Elle conclut à : (i) une hernie discale postéro-latérale droite descendante L4-L5 sur discopathie dégénérative marquée avec anomalie de signal des plateaux vertébraux MODIC II, (ii) une protrusion discale L2-L3, L3-L4 sur discopathie dégénérative marquée avec anomalie de signal des plateaux vertébraux plutôt MODIC I, arthrose inter-apophysaire postérieure marquée et relative étroitesse canalaire, (iii) une discopathie dégénérative très modérée T12-L1, L1-L2 (AI pce 1 p. 12 à 13),
- un rapport médical du 16 août 2012 du Dr F. _____ du cabinet de neurologie de H. _____ au Dr G. _____, médecine générale et médecine du sport à (...) indiquant que l'EMG réalisée objective l'existence de signes de polyneuropathie axonale sensitive prédominante et l'absence de discrets signes de radiculopathie lombaire à droite et

gauche. Il relève en outre une discordance entre la hernie discale (postéro latérale L4-L5 et D) mise en évidence par l'IRM et la topographie des algies (plutôt S1 et bilatérale) (AI pce 1 p. 14),

- un rapport médical manuscrit (illisible) du 9 novembre 2012 du Dr I._____, rhumatologue à (...), au Dr G._____ (AI pce 40 p. 140 à 141),
- un rapport intermédiaire pour l'assurance indemnités journalières du 12 novembre 2012 du Dr F._____ lequel retient comme diagnostic des lombalgies aiguës avec un bon pronostic (AI pce 40 p. 143 à 145),
- un rapport médical du 6 décembre 2012 du Dr J._____ , neurochirurgien à la clinique H._____ au Dr G._____, indiquant notamment que l'IRM rachidienne lombaire réalisée montre que : (i) les quatre derniers disques lombaires sont usés, (ii) les deux premiers au niveau D12/L1 et L1/L2 sont encore en meilleur état que les autres, (iii) les articulations L2/L3, L3/L4 et L4/L5 formeront bientôt un bloc vertébral, (iv) quatre importants foyers inflammatoires actifs entre L2 et S1 autour des quatre derniers disques lombaires, au niveau L4/L5, les disques donnent naissance à une hernie discale à droite, étroitesse du canal spinal (recte spinal). Le Dr J._____ souligne qu'une intervention pour la hernie discale s'associera à un risque élevé de récurrence et ne réglera pas les douleurs au niveau du dos. Il ne propose aucune prise en charge chirurgicale au motif que l'intéressé est capable d'immobiliser les quatre dernières articulations de façon efficace et réversible sans connaître de fortes pertes fonctionnelles et qu'un geste chirurgical serait risqué. Pour les foyers inflammatoires, le Dr J._____ conseille le port d'un corset en résine et de la rééducation (AI pce 40 p. 137 à 138),
- un rapport intermédiaire pour l'assurance indemnités journalières du 8 mars 2013 du Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à (...), lequel retient comme diagnostic le CIM-10 M51.1+, sans mentionner la pathologie, soit une atteinte d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie. Il retient un pronostic réservé et une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% dès le 25 janvier 2013, date à laquelle il a commencé à suivre l'assuré. Le Dr K._____ renvoie pour le surplus à son rapport du 8 mars 2013 (AI pce 40 p. 133 à 135),

- un rapport médical du 8 mars 2013 du Dr K. _____ au Dr G. _____ indiquant les résultats de l'examen d'IRM du 6 août 2012 et avoir prescrit à l'intéressé, suite à ses douleurs persistantes, un lombostat thermoformé sur moulage porté de façon intermittente avec auto-étirements sous corset et exercices d'auto-rééducation active de la sangle lombo-abdominale au retrait du corset. Le médecin retient en outre que la reprise de l'activité professionnelle n'est pas envisageable (AI pce 40 p. 136).

B.c Sur mandat de l'assureur perte de gain, le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise médicale le 3 septembre 2013, après avoir vu le patient le 26 août 2013. L'expert pose le diagnostic suivant : lombalgies avec irradiation atypique dans les membres inférieurs avec spondylarthrose et discopathies lombaires étagées, (CIM-10 M. 47 et M. 51). L'expert estime que l'atteinte du rachis entraîne des limitations dans les activités physiques lourdes particulièrement celles qui sollicitent le dos. Cette atteinte n'est pas compatible avec la poursuite d'une activité d'aide-pisciniste. Le Dr L. _____ retient une capacité de travail normale avec horaire et rendement normaux dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : activité permettant l'alternance des positions assis/debout, évitant le port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive ou de plus de 20 kg de façon ponctuelle et sans position prolongée avec le haut du corps en porte-à-faux ou avec le rachis dans des positions de flexion ou d'extension prolongée (AI pce 41).

B.d A également été versé au dossier de l'assureur perte de gain un rapport intermédiaire pour l'assurance indemnités journalières du 25 septembre 2013 du Dr I. _____ lequel retient une lombalgie et sciatalgie bilatérale avec un pronostic de chronicité desdits troubles. Il atteste d'une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle à la date du 9 novembre 2012, date à laquelle il a vu le patient, et d'une incapacité de travail dans une activité adaptée à cette même date. Il relève en outre les limitations fonctionnelles suivantes : soulever et porter des charges de plus de 0 kg, position assise pendant une quinzaine de minutes, marche de quelques centaines de mètres, station debout une dizaine de minutes (AI pce 40 p. 127 à 129).

B.e Le rapport de l'inspecteur de sinistre de l'assureur perte de gain du 10 octobre 2013 a aussi été porté au dossier. Dit rapport fait suite à une discussion avec l'assuré en date du 8 octobre 2013 au cours de laquelle ce dernier a été informé des conclusions du Dr L. _____. Il ressort en

outre de ce document que l'assuré a indiqué que son état de santé ne s'était pas amélioré de façon notable et que son médecin avait doublé la posologie de Durogésic® depuis le début de son incapacité de travail (AI pce 40 p. 124 à 126).

B.f Par décision du 15 octobre 2013, l'assureur perte de gain a considéré, sur la base notamment de l'expertise médicale du 3 septembre 2013 du Dr L._____, que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assis/debout et sans que le rachis soit dans des positions de flexion ou d'extension prolongée, soit en particulier dans des activités de surveillance et de service de sécurité, de contrôle et de vérification de la qualité ou en tant qu'auxiliaire de second œuvre. L'assureur perte de gain a octroyé à l'assuré un délai d'adaptation de 4 mois afin de rechercher une nouvelle activité appropriée et précisé qu'à compter du 1^{er} mars 2014, il ne percevrait plus d'indemnité journalière (AI pce 35).

Par courrier du 28 avril 2014, l'assureur perte de gain a expliqué à l'intéressé que suite à sa dernière demande de réexamen, sa position quant à une incapacité de travail avait changé et de ce fait, la décision du 15 octobre 2013 devait être annulée. L'intéressé pourra continuer à toucher des prestations d'indemnités journalières à partir du 1^{er} mars 2014 (annexe 8 pce TAF 1).

C.

C.a Par l'entremise de l'assureur perte de gain, l'intéressé a adressé une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse datée du 9 octobre 2012 (AI pces 3 et 4) et reçue le 17 octobre 2012 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : l'OAI-NE ; AI pces 4 et 9).

C.b Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI-NE a recueilli en particulier la documentation suivante :

- le dossier de l'assureur perte de gain comprenant les pièces médicales précitées (cf. supra B),
- un rapport médical AI du 10 novembre 2012 du Dr G._____ qui a retenu une sciatique hyperalgique depuis le 9 juillet 2012 et a renvoyé

aux certificats établis pour dater le début de l'incapacité totale de travail. Il a en outre indiqué qu'aucune autre activité adaptée n'était envisageable (AI pce 13),

- un rapport médical AI du 25 septembre 2013 du Dr I. _____ qui a retenu comme diagnostics une lombalgie et sciatalgie bilatérale ainsi qu'une discopathie lombaire étagée. Il atteste que le recourant est en incapacité totale d'exercer son activité à 100% à la date du 9 novembre 2012. Le médecin relève en outre qu'une activité adaptée n'est pas possible et que l'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail (AI pce 33 p. 91 à 94),
- un rapport d'IRM rachidienne lombaire du 15 novembre 2013 de la Dresse D. _____ retenant des discopathies dégénératives très modérées T12-L1, L1-L2, des discopathies dégénératives marquées L2-L3, L3-L4, L4-L5 et une discopathie dégénérative très modérée L5-S1. La Dresse D. _____ conclut, en rapport avec le contrôle IRM du 6 août 2012, à : (i) une régression de la hernie discale postéro-latérale droite L4-L5, (ii) une stabilité des lésions dégénératives connues avec protusion discale étagée de T12 à L5, un peu plus marquée en L2-L3, L3-L4 et L4-L5 mais sans net signe de conflit disco-radiculaire, (iii) une étroitesse canalaire L3-L4, L4-L5 stable, (iv) une anomalie de signal des plateaux vertébraux MODIC II en L2-L3, L4-L5 et L5-S1, (v) une arthrose inter-apophysaire postérieure marquée sans retentissement sur le calibre des foramens (AI pce 42 p. 182),
- différents certificats médicaux prolongeant l'arrêt de travail de l'intéressé établis par le Dr G. _____ entre le 18 novembre 2013 et le 25 mars 2016 pour une période courant du 18 novembre 2013 au 31 janvier 2014 et du 19 juin 2014 au 30 avril 2016 (AI pces 42 p. 179 ; 53 ; 57 ; 60 ; 62 ; 65 ; 70 ; 73 ; 74 ; 77 ; 80 ; 81 ; 87 ; 88 ; 92 ; 93 ; 94 ; 95 ; 97 ; 98 ; 99 ; 102).

D. Par rapport du service médical régional (ci-après : SMR) du 4 juin 2014, la Dresse M. _____, (ci-après : Dresse M. _____) médecin SMR (sans spécialisation selon le registre des professions médicales consulté la dernière fois le 17 avril 2018 sur <https://www.medregom.admin.ch>), a repris les diagnostics posés par l'expertise du 3 septembre 2013 et a conclu à une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 6 juillet 2012 et à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée

tenant compte des limitations fonctionnelles posées par l'expertise précitée dès le 26 août 2013 (AI pce 48).

E. Par note juridique du 12 août 2014, l'OAI-NE a retenu que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée globalement depuis le début de l'incapacité de travail, « à tout le moins dès la fin de la phase aiguë initiale laquelle avait pris fin bien avant l'examen clinique du 26 août 2013 » (AI pce 56).

F.

F.a Par projet de décision du 30 octobre 2014, l'OAI-NE a communiqué à l'intéressé son intention de rejeter sa demande de prestations. Dite autorité a expliqué que durant le délai d'attente annuel, lequel a débuté le 6 juillet 2012, l'intéressé présentait une capacité de travail à temps plein sans perte de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Faute d'une atteinte à la capacité de gain notable avant l'échéance du délai d'attente annuel, les conditions requises pour l'octroi d'une rente n'étaient pas remplies (AI pce 64).

F.b Par courrier du 17 novembre 2014, l'intéressé a contesté le projet de décision précité. Il a argumenté que son état de santé s'était dégradé depuis le mois d'octobre 2012 et qu'il lui était pour le moment impossible d'avoir une activité professionnelle. Il a relevé que le projet de décision se basait sur le dossier médical de l'assureur perte de gain lequel avait été rédigé sans expertise en début d'année 2014. Il a ajouté que l'assurance était revenue sur ses conclusions et lui reconnaissait bel et bien une incapacité de travail totale quelle que soit son activité professionnelle. Il a indiqué être sans ressource financière et a conclu à la reconsidération de la décision de rejet. Il a ajouté être disposé à se soumettre à une expertise médicale (AI pce 67). A l'appui de son opposition, il a joint un rapport médical manuscrit (peu lisible) du 23 novembre 2014 du Dr G. _____ rappelant les diagnostics, les traitements en cours et la liste des spécialistes consultés ainsi qu'une note manuscrite datée du même jour certifiant que l'intéressé « présente une incapacité totale et définitive à toute activité professionnelle même à un poste adapté pour raisons médicales » (AI pce 66). L'intéressé a en outre fait parvenir par courrier du 25 novembre 2014 un certificat médical établi le 24 novembre 2014 prolongeant l'arrêt maladie jusqu'au 31 décembre 2014 (AI pce 65).

G.

Par avis médical SMR du 10 avril 2015, le Dr N. _____, médecin SMR

(FMH en médecine interne générale selon le registre des professions médicales consulté la dernière fois le 17 avril 2018 sur <https://www.medregom.admin.ch>), a souligné que le rapport médical du Dr G. _____ joint à l'opposition de l'intéressé ne mentionnait aucun élément qui n'avait été appréhendé par le Dr L. _____ dans son expertise, de sorte que les déterminations du rapport SMR du 4 juin 2014 demeuraient valables à la seule correction de la date d'apparition d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée conformément à la note juridique du 12 août 2014 (AI pce 79).

H.

H.a Le 18 juin 2015, l'OAI-NE a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure) la décision en vue de sa notification à l'intéressé (AI pces 83 et 84).

H.b Par décision du 23 juin 2015, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'intéressé. Elle a précisé avoir tenu compte des observations de l'intéressé du 17 novembre 2014, lesquelles ont été soumises au SMR, toutefois elles n'étaient pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision du 30 octobre 2014. Par ailleurs, selon la même autorité, le dossier médical de l'AI incluait celui de l'assureur perte de gain qui contenait, non un simple rapport de son service médical rédigé sans expertise, mais bien un rapport d'expertise du 9 mars 2013 (recte 3 septembre 2013) basé sur le dossier. L'autorité inférieure a ajouté ne pas mettre en doute l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, cependant, sur la base du dossier, elle concluait à une capacité de travail entière, en temps et en rendement, dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : activité permettant l'alternance des positions assise et debout et évitant le port répétitif de charges de plus de 10 kg ou de 20 kg ponctuellement, évitant la position prolongée avec le haut du corps en porte-à-faux ou avec le rachis en flexion ou extension prolongée. L'OAIE a estimé que l'assuré était en mesure d'obtenir un revenu dans une activité de substitution du même ordre que celui de son activité habituelle, ce qui excluait dès lors l'existence d'une invalidité significative. Au surplus, le rapport médical joint par l'assuré à son opposition confirmait les atteintes à sa santé connues et n'apportait pas d'éléments nouveaux (AI pce 86).

I.

Par acte du 17 juillet 2015 (timbre postal), l'intéressé a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision susmentionnée et concluant à l'annulation de ladite décision. A l'appui de son recours, le

recourant a notamment remis en cause l'objectivité du rapport réalisé par l'assureur perte de gain et a expliqué ne pas être en mesure de travailler à temps plein sans perte de rendement dans une activité même adaptée. Il expose souffrir énormément de ses douleurs et avoir demandé sans succès à être expertisé par le service médical de l'autorité inférieure (TAF pce 1). En annexe au recours, figurent outre des pièces qui avaient été recueillies par l'autorité inférieure, des nouvelles pièces médicales, soit en particulier :

- un certificat médical du 10 juillet 2015 du Dr K. _____ attestant avoir vu le recourant pour la dernière fois le 6 mai 2014 et que ce dernier présentait une incapacité de travail à 100% pour des lombalgies invalidantes persistantes malgré le port quotidien d'un corset lombaire thermoformé et d'un traitement par Durogésic® dispositif transdermique dosé à 50 µg (annexe 4 pce TAF 1),
- une note manuscrite du 14 juillet 2015 du Dr G. _____ (peu lisible) retenant comme diagnostics un rachis lombaire dégénératif avec discopathies L1-2, L3-L4, L5-S1 avec hernie discale L4-L5 et arthrose interapophysaire de L2 à L5 et étroitesse relative du canal lombaire. Il explique que les symptômes perturbent fortement la vie quotidienne du recourant (annexe 5 pce TAF 1),
- un rapport scanner rachidien lombaire et infiltration épidurale L4-L5 droit sous scanner du 3 mars 2014 du Dr O. _____, radiologue diplômé de la faculté de (...) exerçant au cabinet de radiologie et d'imagerie médicale à (...) indiquant la technique utilisée mais ne contenant pas les résultats de l'examen pratiqué (annexe 5 pce TAF 1).

J.

Suite à la décision incidente du 21 juillet 2015 du Tribunal administratif fédéral (TAF pce 2), le recourant a versé, dans le délai imparti une avance sur les frais présumés de la procédure de 400 francs (TAF pce 4).

K.

Par réponse du 25 août 2015, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, suivant ainsi la prise de position de l'OAI-NE du 18 août 2015 (TAF pce 6).

L.

Par ordonnance du 31 août 2015, le Tribunal administratif fédéral a porté à la connaissance du recourant la réponse de l'autorité inférieure et clôturé

l'échange d'écritures, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 7).

M.

Suite à l'ordonnance du Tribunal administratif fédéral du 30 mars 2016 (TAF pce 10) invitant le recourant à produire le rapport médical du 17 mars 2016 du Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur cité dans son courrier du 23 mars 2016 mais non transmis en annexe (TAF pce 9), le recourant a produit dite pièce médicale par courrier du 2 avril 2016 (TAF pce 12). Il ressort de ce rapport que le Dr P._____ a diagnostiqué chez le recourant après une radiographie du 12 janvier 2016 et une IRM du 9 septembre 2015 : une scoliose converse gauche sur T12/L3 de 20° ; une sténose foraminale L5/S1 droite ; L4/5 droite ; L3/4 gauche ; L2/3 des deux côtés ; et une ostéochondrose de type 3 sur L2/L5. Le médecin indique que le recourant ne peut actuellement ni marcher, ni rester en station assise durant plus de 30 minutes et ne peut pas soulever ou porter de charges. Il relève que sans dose de morphine, il n'est pas mobile. La réintégration professionnelle ne saurait être exigible. Il indique qu'après une chirurgie, le patient devrait pouvoir retrouver une capacité de travail dans une activité légère à 50%. Aucune réintégration professionnelle ne saurait être exigible en tant que jardinier ou ouvrier dans la construction, avec ou sans intervention chirurgicale. Il conclut enfin que l'anamnèse et le comportement du patient sont compatibles avec les documents radiographiques (annexe TAF pce 12).

N.

Par ordonnance du 27 avril 2016 (TAF pce 15) le Tribunal administratif fédéral a transmis le rapport du Dr P._____ du 17 mars 2016 à l'autorité inférieure et a invité cette dernière à déposer des observations, laquelle, après avoir requis une prolongation de délai (TAF pce 16), a renoncé à dupliquer (TAF pces 17 et 18).

O.

Par ordonnance du 20 juin 2016, le Tribunal administratif fédéral a clôturé l'échange d'écritures, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 19).

P.

Au cours de la procédure de recours, le recourant a par la suite déposé en particulier les pièces médicales suivantes :

- un rapport médical du 21 décembre 2016 du Dr Q._____, chirurgien orthopédique aux hôpitaux R._____, lequel conclut à une scoliose dégénérative symptomatique qui mérite un traitement chirurgical (annexe TAF pce 20). Le courrier du recourant et l'annexe précitées ont été portés à la connaissance de l'autorité inférieure par ordonnance du Tribunal administratif fédéral du 18 janvier 2017 (TAF pce 21),
- un rapport médical du 31 août 2017 du Dr Q._____ lequel indique que le bilan du patient confirme la dégénérescence discale étagée et que ce dernier subira une chirurgie sous la forme d'une ostéosynthèse arthrodèse T9-bassin et correction de sa déformation dans les trois plans de l'espace (annexe TAF pce 22). Le courrier du recourant et l'annexe précitées ont été portés à la connaissance de l'autorité inférieure par ordonnance du Tribunal administratif fédéral du 8 septembre 2017 (TAF pce 23),
- un courrier du 28 décembre 2017 du Dr Q._____ au Dr G._____ faisant le compte-rendu de l'ostéosynthèse arthrodèse par instrumentation de T9 à S1 réalisée sur le patient le 30 novembre 2017, des copies de radiographies avant et après opération ainsi qu'un courrier du 21 février 2018 du Dr Q._____ au Dr G._____ expliquant notamment que l'évolution suite à l'opération chirurgicale était assez favorable (annexes TAF pce 24). Le courrier du recourant et les annexes précitées ont été portés à connaissance de l'autorité inférieure par ordonnance du Tribunal administratif fédéral du 16 mars 2018 (TAF pce 25).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par l'OAIE. En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier

exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à 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 expressément à la LPGA.

1.3 En l'occurrence, interjeté en temps utile et dans les formes légales (art. 60 LPGA et 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 59 LPGA), qui s'est acquitté de l'avance de frais dans les temps (art. 21 al. 3 et 63 al. 4 PA), le recours du 17 juillet 2015 (timbre postal) est recevable, quant à la forme.

Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine (AI pces 3 et 4) et a travaillé en Suisse (AI pce 11 ; cf. consid.2.3), il doit être qualifié de frontalier si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestation de l'assurance-invalidité a été menée par l'OAI-NE et la décision de refus notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI ; AI pces 9 ; 83 ; 84 ; 86).

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application *pro rata temporis*, ATF 130 V 445 ; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

2.2 En l'occurrence, vu l'arrêt de travail pour raison de maladie dès le 6 juillet 2012, la demande de prestations d'invalidité du 17 octobre 2012 et la décision litigieuse du 23 juin 2015, les dispositions légales en vigueur dans leur teneur au 17 octobre 2012 et les éventuelles modifications législatives jusqu'au 23 juin 2015 sont applicables. Etant donné que les modifications de la LAI du 1^{er} janvier 2013 (RO 2012 5559) et du 1^{er} janvier 2014 (RO 2011 5659), n'ont apporté aucun changement notable concernant la définition de l'invalidité, son mode de calcul et le début du versement de la rente, les dispositions légales citées ci-après le seront dans leur teneur au 1^{er} janvier 2014.

2.3 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant de nationalité suisse et française, vivant en France, a été assuré en Suisse en y ayant travaillé comme frontalier (cf. extrait du compte individuel du recourant du 7 novembre 2012 [AI pce 11]). 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), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.2.1 ; 128 V 315 consid. 1b/aa). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au 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 qu'au règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient

en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC ; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004 ; ATF 130 V 253 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).

3.

3.1 Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et les preuves librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, p.105 n°176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n°1.55).

3.2 En l'occurrence, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision attaquée du 23 juin 2015 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'intéressé au motif que, durant le délai d'attente, ce dernier présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et qu'il pouvait en retirer un revenu du même ordre que celui de son activité habituelle excluant ainsi l'existence d'une invalidité significative. Le Tribunal doit examiner en particulier si le recourant pouvait travailler dans une activité adaptée.

4.

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

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ;

- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois ans au moins (art. 36 LAI).

4.2 En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant environ trente-huit ans (cf. AI pce 11). Il remplit donc la condition de la durée minimale de cotisation eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner la notion d'invalidité et son degré dans le cas d'espèce.

4.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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 (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

En application 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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4.4 En l'espèce, il ressort des pièces figurant à la procédure que le recourant a adressé sa demande de prestations le 17 octobre 2012 (AI pce 4), de sorte que le délai de six mois au sens de l'art. 29 al. 1 LAI est échu au 1^{er} avril 2013. L'autorité inférieure a retenu que l'incapacité de travail a commencé le 6 juillet 2012 (AI pce 86 p. 271), ainsi le délai d'une année déterminé à l'art. 28 al. 1 LAI s'est terminé une année plus tard, soit le 6 juillet 2013. Partant, l'éventuel droit à la rente du recourant a pris naissance le 6 juillet 2013.

4.5 Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne indépendamment

de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI ; ATF 130 V 253 consid. 2.3).

4.6 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. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique – qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – et non la maladie en tant que telle. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux l'on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

4.7 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).

4.8 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).

5.

5.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent 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. La constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents est un motif de recours (art. 49 let. b PA).

5.2 Dans le cadre d'un recours, 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 351 consid. 3a et les références citées).

5.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en œuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où, la tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b ; 118 V 286 consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb, arrêt du

Tribunal fédéral I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral I 592/99 du 13 mars 2000 consid. 3b/ee). Au demeurant, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour soulever, dans le cadre d'un recours, un argument quant à un éventuel motif de récusation lorsque celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 V 93 consid. 7.4.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

Les rapports des SMR d'un assureur partie au procès, au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, p. 799 n° 2920 ss). Ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références citées). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles cir-

constances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n° 2920). Par ailleurs, comme tout expert, les médecins d'un service médical régional doivent disposer des compétences professionnelles nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3).

6.

6.1 En l'espèce, la décision attaquée est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du Dr L. _____ du 3 septembre 2013 (cf. Al pce 41), lequel se base sur le rapport d'IRM rachidienne lombaire du 6 août 2012 de la Dresse D. _____ (cf. Al pce 1 p. 12 à 13) ; le rapport médical du 16 août 2012 du Dr F. _____ adressé au Dr G. _____ (cf. Al pce 1 p. 14) ; le rapport médical du 6 décembre 2012 du Dr J. _____ au Dr G. _____ (cf. Al pce 40 p. 137 à 138) ; les rapports médicaux des 8 mars 2013 du Dr K. _____ adressé à l'assureur perte de gain (cf. Al pce 40 p. 133 à 135) et adressé au Dr G. _____ (cf. Al pce 40 p. 136). La décision querellée est en outre fondée sur les prises de positions médicales des médecins SMR lesquels confirment, en partie, les conclusions du Dr L. _____ (cf. Al pces 48 et 79).

6.1.1 Dans son rapport d'expertise daté du 3 septembre 2013, le Dr L. _____ retient comme diagnostics des lombalgies avec irradiation atypique dans les membres inférieurs avec spondylarthrose et discopathies lombaires étagées, (CIM-10 M. 47 et M. 51 ; Al pce 41 p. 174). Le Tribunal administratif fédéral constate que les diagnostics retenus par le Dr L. _____ ne s'écartent pas des diagnostics retenus dans la documentation médicale sur laquelle il s'est basé et reflètent un état de santé cohérent du recourant. En effet, la Dresse D. _____ (cf. Al pce 1 p. 12 à 13), conclut à : (i) une hernie discale postéro-latérale droite descendante L4-L5 sur discopathie dégénérative marquée avec anomalie de signal des plateaux vertébraux MODIC II, (ii) une protrusion discale L2-L3, L3-L4 sur discopathie dégénérative marquée avec anomalie de signal des plateaux vertébraux plutôt MODIC I, arthrose inter-apophysaire postérieure marquée et relative étroitesse canalaire, (iii) une discopathie dégénérative très modérée T12-L1, L1-L2 (Al pce 1 p. 12 à 13). Le Dr F. _____ fait état de lombalgies aiguës (cf. Al pce 1 p. 14), le Dr J. _____ souligne que l'IRM rachidienne lombaire réalisée montre notamment que : (i) les quatre derniers

disques lombaires sont usés, (ii) les deux premiers au niveau D12/L1 et L1/L2 sont encore en meilleur état que les autres, (iii) les articulations L2/L3, L3/L4 et L4/L5 formeront bientôt un bloc vertébral, (iv) quatre importants foyers inflammatoires actifs entre L2 et S1 autour des quatre derniers disques lombaires, au niveau L4/L5, les disques donnent naissance à une hernie discale à droite, étroitesse du canal spinal (AI pce 40 p. 137 à 138). Quant au Dr K._____, il retient comme diagnostic selon le CIM-10 M51.1+ lequel correspond à une atteinte d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie (cf. AI pce 40 p. 133 à 135), ce dernier reprend en outre les résultats et conclusions du rapport IRM du 6 août 2012 (cf. AI pce 40 p. 136).

6.1.2 Dans l'activité habituelle, soit celle d'aide-pisciniste, les conclusions de l'expert convergent avec celles retenues par le Dr K._____ (cf. AI pce 40 p. 133 à 136). Le Dr L._____ estime que l'atteinte du rachis entraîne des limitations dans les activités physiques lourdes, particulièrement celles qui sollicitent le dos. Il en conclut que cette atteinte n'est pas compatible avec la poursuite d'une activité d'aide-pisciniste (AI pce 41 p. 174). La Dresse D._____, le Dr J._____ et le Dr F._____ ne se sont quant à eux, dans les pièces médicales précitées, pas prononcés sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle.

6.1.3 En ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le Dr L._____ retient une capacité de travail intacte avec horaire et rendement normaux dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : activité permettant l'alternance des positions assis/debout, évitant le port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive ou de plus de 20 kg de façon ponctuelle et sans position prolongée avec le haut du corps en porte-à-faux ou avec le rachis dans des positions de flexion ou d'extension prolongée. L'expert retient en outre que la prise en charge médicale s'est effectuée *lege artis* (AI pce 41 p. 175). Les rapports médicaux de la Dresse D._____, du Dr J._____ et du Dr F._____, sur lesquels s'est fondée l'expertise médicale, ne contiennent pas d'indication quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr K._____, ce dernier a retenu que l'on ne pouvait raisonnablement exiger de l'intéressé une activité professionnelle moins pénible et a considéré la question 11 du formulaire en lien avec les activités faisant l'objet d'une restriction, comme « sans objet », l'intéressé étant « inapte à travailler » (AI pce 40 p. 134).

6.1.4 S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr L._____, le Tribunal administratif fédéral constate que le rapport a été rédigé à la suite

d'un examen médical du recourant le 26 août 2013. Le médecin, qui est d'ailleurs spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a tenu compte des plaintes subjectives du recourant et s'est fondé sur des examens cliniques complets en pleine connaissance de l'anamnèse. Par ailleurs, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale y sont claires et les conclusions auxquelles aboutit l'expert sont précises et motivées. L'expert ne cite pas le courrier manuscrit du 9 novembre 2012 du Dr I. _____ au Dr G. _____ (lequel est illisible ; cf. AI pce 40 p. 140 à 141) ni le rapport intermédiaire pour l'assurance indemnité journalière du 12 novembre 2012 du Dr F. _____ (cf. AI pce 40 p. 143 à 145) lequel ne contient pas davantage d'informations que son rapport médical du 16 août 2012 sur la base duquel a notamment été réalisée l'expertise médicale. Le Tribunal administratif fédéral considère dès lors que le Dr L. _____ s'est basé sur une documentation médicale complète. Pour toutes ces raisons, il y a lieu de conférer une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise du 3 septembre 2013. Quant à l'allégation du recourant que l'expertise ne serait pas objective (TAF pce 1), cette argumentation ne saurait être suivie au vu de ce qui précède. En effet, même si le recourant avance que suite à sa contestation de ladite expertise, son assureur perte de gain a maintenu sa prise en charge, cela n'est pas pertinent pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise car il n'apporte pas d'éléments permettant de douter de l'objectivité des résultats de l'expertise et aucune pièce permettant de mettre en doute l'expertise n'a été produite par le recourant. Au demeurant, le Tribunal de céans n'est pas lié par les décisions de l'assureur perte de gain.

6.2 Pour rendre sa décision, l'autorité inférieure s'est en outre basée sur les prises de position de son service médical régional. Au vu des rapports médicaux qui précèdent, la Dresse M. _____, a retenu dans un rapport daté du 4 juin 2014 les diagnostics de lombalgies avec irradiation atypique dans les membres inférieurs avec spondylarthrose et discopathies lombaires étagées (CIM-10 M.47 et M.51). Elle a repris les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise médicale et a conclu à une incapacité de travail de 100% dès le 6 juillet 2012 jusqu'au 26 août 2013 et à une incapacité de travail de 0% dès le 26 août 2013, date de début de l'aptitude à la réadaptation. La Dresse M. _____ a précisé qu'une activité adaptée était possible à 100% « à défaut d'une autre date (les médecins traitants certifiant une [incapacité de travail] totale dans tout activité) depuis le jour de l'examen par le Dr L. _____ » (AI pce 48). Ce rapport médical satisfait dans l'ensemble aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante et établit une amélioration de l'état de santé du recourant.

6.3

6.3.1 Au regard de ce qui précède, le Tribunal administratif fédéral estime que c'est à juste titre que l'autorité inférieure a retenu les diagnostics, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle du recourant ainsi que sa capacité de travail dans une activité adaptée tels qu'établis par le Dr L._____.

6.3.2 Il en va différemment s'agissant de la date de début de l'aptitude à la réadaptation. En effet, dans un avis médical SMR du 10 avril 2015, le Dr N._____, a repris les déterminations de la Dresse M._____ « à la seule correction de la date d'apparition d'une pleine [capacité de travail] dans une activité adaptée conformément à la notice du juriste OAI du 12 août 2014 » (AI pce 79). Dans la note précitée, l'OAI-NE a considéré qu'il fallait retenir une date antérieure à la date d'examen par l'expert pour dater le début de l'aptitude à la réadaptation. L'OAI-NE a souligné que la date d'examen d'expertise correspond uniquement aux contingences de l'agenda de l'expert et non à une amélioration de la capacité de travail du recourant (AI pce 56). Le Tribunal administratif fédéral constate toutefois que ni le service juridique l'OAI-NE, ni le Dr N._____ n'ont daté de manière précise le début de l'aptitude à la réadaptation, alors que cette dernière devrait être déterminée. Figurent pourtant au dossier des rapports médicaux qui se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée avant le 26 août 2013. Ainsi, le Dr K._____, dans son rapport daté du 8 mars 2013, a indiqué voir son patient depuis le 25 janvier 2013 et a souligné que ce dernier était « inapte à travailler » (AI pce 40 p. 134). Le Dr I._____ a retenu « une incapacité d'activité professionnelle totale » (AI pce 33 p. 94) et a souligné que le recourant « n'était pas capable d'exercer une quelconque activité professionnelle » (AI pce 40 p. 128). Quant au Dr G._____, il a retenu une « incapacité totale de travail » (AI pce 13 p. 38). Les rapports médicaux des trois médecins précités n'ont cependant pas exposé en détail les raisons pour lesquelles les atteintes à la santé du recourant impliquaient une incapacité totale de travail dans une activité adaptée. Ils permettent toutefois de considérer l'état de santé du recourant avant le 26 août 2013 de manière cohérente. Au vu de ce qui précède, le Tribunal administratif fédéral estime que l'autorité inférieure n'était pas fondée à retenir une capacité de travail du recourant dans une activité adaptée avant le 26 août 2013. L'autorité inférieure aurait dû retenir une incapacité de travail totale y compris dans une activité adaptée et ce jusqu'au 26 août 2013, au vu des pièces médicales à sa disposition, lesquelles reflétaient d'une manière cohérente l'état de santé du recourant quand bien même leur valeur probante est limitée.

Compte tenu des pièces médicales existantes au dossier, un renvoi pour instruction complémentaire afin de clarifier plus en avant la date de début de la capacité de travail dans une activité adaptée pour la période du 6 juillet 2013 (début du droit à la rente) au 26 août 2013 ne se justifie pas. En effet, une évaluation rétrospective de l'aptitude du recourant dans une activité adaptée pour ce laps de temps, lequel remonte à environ 5 ans, serait aujourd'hui vraisemblablement impossible, la situation serait évaluée sur la base de la même documentation médicale figurant au dossier.

6.4 Quant aux documents médicaux reflétant l'état de santé du recourant après l'expertise du 3 septembre 2013 et jusqu'à la date de la décision attaquée, soit jusqu'au 23 juin 2015, à savoir le rapport d'IRM du 15 novembre 2013 de la Dresse D. _____ (cf. Al pce 42 p. 182), différents certificats médicaux établis par le Dr G. _____ entre le 18 novembre 2013 et le 26 mai 2015 (Al pces 42 p. 179 ; 53 ; 57 ; 60 ; 62 ; 65 ; 70 ; 73 ; 74 ; 77 ; 80 ; 81), ainsi que le rapport médical du 23 novembre 2014 du Dr G. _____ (cf. Al pce 66), le Tribunal administratif fédéral relève qu'ils ne sauraient remettre en cause les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail tels qu'établis par le Dr L. _____ et repris par l'autorité inférieure. En effet, la Dresse D. _____, par rapport à l'IRM réalisée en août 2012 a conclu en particulier à une régression de la hernie discale et une stabilité des lésions dégénératives connues avec profusion discale étagée de T12 à L5. Quant au Dr G. _____, il continue d'attester une incapacité totale de travail. Force est à l'analyse de son rapport de constater que ce praticien s'est toutefois contenté d'indiquer que « la mobilité est donc très réduite avec station debout et assise prolongée ainsi qu'un périmètre de marche réduit, port d'un corset thermoformé » (p. 227) et que le recourant « présente une incapacité totale et définitive à toute activité professionnelle même à un poste adapté pour raisons médicales » (p. 229). Le Dr G. _____ n'a cependant pas exposé en détail les raisons pour lesquelles les atteintes à la santé du recourant impliqueraient une incapacité totale dans quelque activité que ce soit. Il n'y a par ailleurs aucune précision quant à la façon dont le praticien est arrivé au diagnostic retenu. Aussi, ce rapport médical ainsi que les certificats médicaux établis, lesquels sont peu détaillés, n'ont pas de valeur probante au vu du manque de précisions évoquées et au regard de la jurisprudence relative aux médecins traitants (cf. supra consid. 5.3). Au surplus, le Dr G. _____ n'a pas réalisé d'exams médicaux entre la date de l'expertise et la date de la décision litigieuse. Au vu de ce qui précède, il peut être établi à vraisemblance prépondérante que l'état de santé du recourant n'a pas changé entre le 3 sep-

tembre 2013 et le 23 juin 2015. Ainsi, les pièces susmentionnées ne sauraient remettre en cause le diagnostic et l'évaluation de la capacité de travail tels qu'établis par le Dr L. _____.

Au surplus, les pièces médicales du Dr G. _____ précitées, produites par le recourant à l'appui de son opposition au projet de décision, ont été transmises au Dr N. _____ lequel a considéré qu'elles n'apportaient pas de nouveaux éléments qui n'avaient été appréhendés par l'expert.

6.5 Dans son recours, le recourant indique prendre « un traitement opiacé lourd pour pouvoir [se] lever chaque jour ». Il ressort des pièces au dossier (cf. not. AI pces 33 p. 92 ; 40 p. 125, 136-137 ; 41 p. 170 ; 52 p. 199 ; 66 p. 228) que le recourant prend notamment du Durogésic® en dispositif transdermique. La substance active principale de ce médicament est le fentanyl, soit un analgésique opioïde (<http://www.doctissimo.fr/principe-actif-6961-FENTANYL.htm>, consulté la dernière fois le 17 avril 2018). Selon les pièces médicales du dossier dont seules certaines contiennent la posologie prescrite du Durogésic®, le recourant a pris ce médicament en patch à 12 µg dès le mois de septembre 2012 (rapport médical du Dr K. _____ du 8 mars 2013, AI pce 40 p. 136). La dose a ensuite été portée à 25 µg, en tout cas au moment de son examen médical par le Dr L. _____ (AI pce 41 p. 170 ; rapport de l'inspecteur de sinistres de l'assureur perte de gain du 10 octobre 2013, AI pce 40 p. 125) puis le Dr G. _____ a prescrit au recourant du Durogésic® en patch à 50 µg en juillet 2014 (AI pce 52 p. 199). En juin et juillet 2015 le recourant prenait encore du Durogésic® en patch à 50 µg (annexe 5 pce TAF 1). Aucune pièce au dossier ne permet toutefois d'affirmer que les effets secondaires de la médication du recourant sont tels qu'ils altèrent sa capacité de travail résiduelle, le recourant lui-même n'attestant pas, au surplus, que les effets secondaires de son traitement médical diminueraient sa capacité de travail, hormis sa capacité à conduire. Ainsi, il faut considérer, à la vraisemblance prépondérante, que le Durogésic® prescrit au recourant est bien toléré et qu'il n'impacte pas la capacité résiduelle de travail de ce dernier.

6.6 Pour le surplus, le Tribunal administratif fédéral relève que les documents médicaux produits dans le cadre de la présente procédure qui se prononcent sur l'état de santé du recourant postérieurement à la décision attaquée (soit postérieurement au 23 juin 2015) ne sauraient être pris en considération par le Tribunal de céans dans le cadre de la présente procédure. En effet, il convient de rappeler que le pouvoir d'examen du Tribunal de céans se limite aux faits survenus jusqu'au rendu de la décision querelée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2),

étant précisé que les documents précités ne permettent pas une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, voir notamment arrêt du Tribunal administratif fédéral C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). S'agissant plus particulièrement de l'opération médicale subie par le recourant le 30 novembre 2017 (annexes TAF pce 24), soit plus de deux ans après la décision attaquée, les raisons médicales qui ont conduit à cette opération existaient déjà au moment de la décision litigieuse, quand bien même le Dr J. _____ ne préconisait pas d'approche chirurgicale en décembre 2012, mais au contraire recommandait des exercices de rééducation (AI pce 40 p. 138). Le Dr L. _____ a lui considéré que la prise en charge médicale s'était effectuée *lege artis* et qu'il n'y avait pas d'autre proposition thérapeutique, soulignant encore l'importance de la rééducation et l'inutilité médicale d'une intervention chirurgicale (AI pce 41 p. 175). Il ne ressort toutefois pas des documents médicaux du Dr Q. _____, lequel a pratiqué l'intervention chirurgicale, les raisons précises et détaillées de la nécessité d'une telle opération, à la date de l'intervention ou antérieurement. Il faut donc retenir à la vraisemblance prépondérante que l'état de santé du recourant ne s'est pas dégradé jusqu'au jour de la décision litigieuse et qu'aucun indice au dossier ne permet de considérer que la situation s'est péjorée depuis la date de la décision attaquée. L'intervention chirurgicale du 30 novembre 2017 ne saurait dès lors remettre en cause l'état de fait, en tout cas jusqu'au jour de la décision du 23 juin 2015.

7.

7.1 Eu égard à l'âge du recourant (né en 1956), il sied d'examiner s'il pouvait encore mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail et donc l'application de la jurisprudence sur l'âge avancé (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 5). Selon cette jurisprudence, même s'il incombe en règle générale à la personne assurée de diminuer le dommage en s'intégrant de son propre chef dans le marché du travail (cf. art. 7 LAI), il faut toutefois tenir compte que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3). Le moment déterminant pour juger de l'utilisation

de la capacité résiduelle de travail correspond au moment auquel il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). Lorsqu'il est établi que la personne assurée ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale, aussi pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5).

7.2 En l'occurrence, la capacité de travail résiduelle du recourant a été établie, le 26 août 2013, par le Dr L. _____ dans le cadre de son expertise. A cette date, le recourant avait un peu plus de 56 ans et ne pouvait dès lors être considéré comme doté d'un âge avancé au sens de la jurisprudence susmentionnée. Partant, au vu de cette jurisprudence, l'âge du recourant ne saurait donc faire obstacle à la reprise d'une activité lucrative adaptée.

8.

8.1 Il s'agit à présent de déterminer si l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'autorité inférieure est conforme au droit et si la capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 26 août 2013 peut, cas échéant, ouvrir le droit à une rente compte tenu du taux d'invalidité économique résultant de la comparaison des revenus avant et après invalidité.

8.2 Selon l'art. 16 LPGA, applicable par 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 (méthode générale de la comparaison des revenus). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

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 évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) ou sur

les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et le coût de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé que pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. 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 4.2 et 128 V 174 consid. 4a). Selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174 consid. 4a ; VALTERIO, op.cit., p. 548 ss n° 2063 ss).

8.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'un assuré a réalisé un revenu sans invalidité nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu sans invalidité effectivement réalisé ou en le remplaçant par les données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalidé (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Est à considérer comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence, un salaire effectivement réalisé qui est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Par ailleurs, le parallélisme ne peut porter que sur la part qui excède le taux minimal de 5% (loc. cit. consid. 6.1.3).

8.4 En l'occurrence, s'agissant du revenu sans invalidité, l'autorité inférieure a retenu, sur la base du salaire annuel de 53'300 francs figurant dans le questionnaire de l'employeur (AI pce 14) un salaire annuel, indexé à 2013 de 53'673 francs. Elle s'est ensuite fondée, dans son calcul réalisé le 24 juin 2014 (AI pce 85) sur les données de l'ESS 2010. Cependant, lors de l'émission de la décision contestée du 23 juin 2015, les données de l'ESS 2012 étaient disponibles puisqu'elles ont été publiées le 27 mars 2015 (cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.349379.html>, consulté la dernière fois le 17 avril 2018) – de sorte que l'autorité inférieure a fondé son calcul, à tort, sur les données 2010. Cela n'a cependant pas de répercussions sur le calcul du taux d'invalidité, ni sur l'issue du présent litige. Selon les données de l'ESS 2012, pour les branches économiques dans le secteur privé (tableau TA1_skill_level) dans le domaine de la construction pour des tâches physiques ou manuelles simples pour les hommes, le revenu statistique mensuel moyen s'élève à 5'430 francs, soit 65'160 francs annuel et de 65'636 fr. 49 indexé à 2013, soit au moment de la naissance du droit à la rente. Compte tenu du fait que le recourant travaillait 42 heures par semaine (AI pce 14 p. 42), il convient d'adapter le revenu statistique moyen lequel est basé sur une durée de travail de 40 heures hebdomadaires. Ainsi, il faut retenir comme revenu statistique moyen 68'918 fr. 31 ($[(65'636.49 \times 42) : 40]$).

La différence entre le revenu effectif indexé à 2013 pour lequel le Tribunal de céans retient un montant de 53'689 fr. 76 et le salaire statistique usuel dans la branche s'élève donc à 22.10 % ($[(68'918.31 - 53'689.76) : 68'918.31] \times 100$). La part excédent le taux maximal de 5 % conformément à la jurisprudence exposée précédemment est ainsi de 17.10% (22.10 - 5). Afin d'être exact, le Tribunal retiendra donc que le salaire effectif sans invalidité (après parallélisme) s'établit à 62'870 fr. 71 ($53'689.76 + [(17.10/100) \times 53'689.76]$).

8.5 En ce qui concerne le revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris de travail après son invalidité, l'OAI-NE a pris comme référence la valeur médiane de l'ESS 2010, tableau A1, des activités simples et répétitives (niveau 4) de toutes les branches économiques du secteur privé. S'agissant du calcul du salaire d'invalidité, le Tribunal administratif fédéral rappelle qu'en règle générale l'évaluation du revenu théorique avec invalidité s'effectue en référence au tableau TA1 relatif au secteur privé, ligne « total secteur privé », soit la valeur médiane (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa ; 124 V 321 consid. 3b/aa), à moins que l'autorité inférieure n'estime qu'une évaluation plus ciblée ne se justifie, ce

qui n'est pas le cas en l'espèce. On peut admettre que les différentes branches économiques prises en compte dans le tableau TA1, recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. Comme pour le calcul du revenu sans invalidité, il convient de se référer à l'édition 2012 de l'ESS et non à celle de 2010. Ainsi le Tribunal de céans retient un revenu statistique mensuel de 5'210 francs, (tableau TA1_skill_level ligne « total ») pour le total des branches économiques du secteur privé pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétences 1) pour les hommes et pour une durée de 40 heures de travail. Indexé à 2013, soit 5'248 fr. 10, puis converti à l'année, le Tribunal retient 62'977 fr. 18. En retenant une durée usuelle du travail pour tous les secteurs confondus en 2013 de 41.7 heures par semaine (OFS – Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises), on parvient à 65'653 fr. 71 $[62'977.18 \times 41.7] : 40$). Enfin, l'OAI-NE a retenu un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité de l'assuré. Le Tribunal de céans ne trouve aucun élément pour apprécier différemment l'abattement retenu par l'autorité inférieure eu égard aux circonstances du cas d'espèce. Au surplus, le recourant n'a soulevé aucun grief à l'encontre de ce pourcentage. Partant, le Tribunal administratif fédéral peut retenir le même abattement que celui de l'autorité inférieure. Par conséquent, avec un abattement de 10 %, le revenu d'invalidité annuel s'élève à 59'088 fr. 34.

8.6 Au final, la comparaison du revenu sans invalidité (62'870 fr. 71) et du revenu avec invalidité (59'088 fr. 34), aboutit en l'espèce à un taux d'invalidité de 6.01 %, arrondi à 6 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité :

$$\underline{[(62'870.71 - 59'088.34) \times 100]}$$

$$\text{Fr. 62'870.71.-} \qquad \qquad \qquad = 6.01 \%$$

Il sied de relever, que l'OAI-NE, en se basant sur les données ESS 2010 en lieu et place de l'année 2012 arrivait également à un taux d'invalidité inférieur à celui ouvrant le droit à la rente, puisque dite autorité a retenu un taux de 9%.

9. Compte tenu de tout ce qui précède, l'autorité inférieure doit retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 26 août 2013. Ainsi, le droit à la rente ayant pris naissance le 6 juillet 2013 (cf. supra consid. 4.4), le recou-

rant doit être mis au bénéfice d'une rente entière dès cette date en précisant que ladite rente doit être versée dès le 1^{er} juillet 2013. À partir du 26 août 2013, une activité adaptée devient exigible et le degré d'invalidité déterminé ne donne pas de droit à une rente. Selon l'art. 88a al. 1 RAI, il faut tenir compte de ce changement après trois mois. Le recourant n'a donc plus droit à une rente d'invalidité après le 31 octobre 2013. Le Tribunal administratif fédéral constate au surplus que ce fût l'avis de l'autorité inférieure dans un premier temps (cf. Al pce 85).

10. Partant, le recours du 17 juillet 2015 est partiellement admis et la décision du 23 juin 2015 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité limitée du 6 juillet 2013 au 31 octobre 2013, ladite rente devant être versée dès le 1^{er} juillet 2013.

Le dossier est transmis à l'autorité inférieure afin qu'elle détermine le montant de la rente d'invalidité du recourant et rende une décision à cet égard et procède au versement de prestations arriérées dues, ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires dus.

Pour la période postérieure au 26 août 2013, le Tribunal de céans confirme le rejet du droit à une rente d'invalidité.

11.

11.1 A teneur de l'art. 63 al. 1 PA applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. Aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 PA). En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

11.2 Un montant de 400 francs a été requis par le Tribunal de céans et perçu du recourant comme avance sur les frais de procédure. Vu l'issue du recours partiellement admis ayant confirmé principalement un rejet de rente pour la période postérieure au 26 août 2013 et ayant conclu au renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour calculer le montant de la rente pour la période du 1^{er} juillet 2013 au 31 octobre 2013, il est perçu des frais de procédure réduits (art. 63 al. 1, 2^{ème} phrase PA) de 200 francs. Le montant

de 200 francs sur l'avance de frais de 400 francs fournie par le recourant en cours de procédure lui est dès lors restitué.

Le principe jurisprudentiel selon lequel en cas de renvoi pour instruction complémentaire et nouvelle décision, qui revient à obtenir entièrement gain de cause selon le droit fédéral (ATF 137 V 57), n'est *in casu* pas pleinement applicable du fait que le renvoi concerne le calcul du montant de la rente pour la seule période à compter du 1^e juillet 2013 au 31 octobre 2013 alors que le rejet du droit à la rente pour la période postérieure au 26 août 2013 a été confirmé.

11.3 Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnité à titre de dépens selon l'art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2).

(Le dispositif figure à la page suivante)

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

Le recours est partiellement admis.

2.

La décision du 23 juin 2015 est reformée dans le sens que le recourant a droit à une rente entière depuis le 6 juillet 2013 jusqu'au 31 octobre 2013, ladite rente devant être versée dès le 1^{er} juillet 2013. Pour la période postérieure au 26 août 2013, la décision du 23 juin 2015, rejetant le droit à une rente d'invalidité, est confirmée.

3.

Le dossier est transmis à l'autorité inférieure afin qu'elle détermine le montant de la rente devant être versée du 1^{er} juillet 2013 au 31 octobre 2013 et rende une décision y relative et procède au versement des prestations arriérées ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires.

4.

Il est perçu à la charge du recourant des frais de procédure réduits de 200 francs. L'avance de frais de 400 francs perçue en cours de procédure du recourant lui sera restituée à hauteur de 200 francs dès l'entrée en force du présent arrêt.

5.

Il n'est pas alloué de dépens.

6.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec accusé de réception ; annexe : formulaire d'adresse de paiement)
- 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 :

Caroline Bissegger

Alison Mottier

Indication des voies de droit :

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

Expédition :