



Cour III
C-5108/2011

Arrêt du 9 janvier 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Francesco Parrino, Beat Weber, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Séverine Berger,
place Saint-François 5, case postale 7175, 1002 Lausanne,
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 août 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissant espagnol, né le (...) 1949, a travaillé en Suisse en 1970 et 1971 ainsi que de 1973 à 1992 (AI pce 8), puis il est retourné dans son pays. Jusqu'au 15 janvier 2010 il était chauffeur de taxi à son compte en Espagne. Il touche une rente d'invalidité espagnole depuis le 8 février 2011 (AI pce 1).

B.

Le 8 février 2011, l'assuré a présenté une demande de prestations AI par le biais du formulaire E 204 que la sécurité sociale espagnole a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE; AI pce 1).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAIE a versé les pièces suivantes au dossier, entre autres :

- le formulaire E 207 renseignant sur la carrière de l'assuré (AI pce 3);
- la communication de périodes de cotisations à l'AVS de la Centrale de compensation (AI pce 7) et l'attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse du 31 mars 2011 (AI pce 8);
- le questionnaire à l'assuré daté et signé du 3 mai 2011 d'où il ressort que l'assuré travaillait comme chauffeur de taxi indépendant 10 heures par jour et 60 heures par semaine jusqu'au 15 janvier 2010 et n'exerce plus aucune activité lucrative depuis cette date parce qu'il souffre principalement de lombalgies (AI pce 12);
- diverses attestations des autorités fiscales et du ministère du travail et de l'immigration espagnol concernant la rente d'invalidité espagnole (AI pces 16 et 17);
- le questionnaire pour indépendants daté et signé du 4 juin 2011 (AI pce 18);
- un rapport du Centre hospitalier B._____ du 26 septembre 1986 qui faisait état d'une gastrite superficielle (AI pce 19);
- un rapport de la Clinique C._____ du 19 avril 1982 mentionnant un début de discopathie L5 – S1 et un début de spondylarthrose lombosacrée (AI pce 20);

- un rapport du Dr D._____, gastroentérologue, du 23 septembre 1986 diagnostiquant une œsophagite, une gastrite et un ulcère duodénal (AI pce 21);
- un rapport du Centre hospitalier E._____, du 9 août 2002 qui faisait état de dégénération lombaires (AI pce 23);
- un rapport de la Clinique F._____, du 28 octobre 2004 mentionnant un œsophage de Barrett court et une petite hernie hiatale (AI pce 29);
- une attestation du Dr G._____, du 9 février 2009 qui diagnostique une hernie discale L5-S1, des ostéochondroses L4-L5 et L5-S1, un œsophage de Barrett, une hernie hiatale, un syndrome de côlon irritable, une hypertrophie de la prostate, une inflammation chronique de la prostate et de petits calculs biliaires (AI pce 31);
- un rapport de la Clinique H._____, du 30 mars 2009 faisant état de dégénération de la colonne lombaire au niveau L4-L5 et L5-S1 (AI pce 32);
- un rapport du Dr I._____, du 1^{er} décembre 2009 qui mentionne des anomalies de la colonne lombaire L3-L4 et L4-L5 ainsi qu'une ostéochondrose L5-S1 (AI pce 36);
- un rapport du Dr J._____, du 17 décembre 2009 attestant des dégénération lombaires (AI pce 37);
- un rapport du Complexe hospitalier K._____, service de psychiatrie, du 29 décembre 2010 en écriture manuscrite et partiellement illisible (AI pce 39);
- le rapport E 213 du 4 février 2011 établi par la Dresse L._____, médecin de la sécurité sociale espagnole, qui pose les diagnostics suivants: hernie hiatale avec œsophage de Barrett, côlon irritable, hypertrophie bénigne de la prostate, épisode dépressif et traitement par antidépresseur, grave ostéochondrose L5-S1 et dégénération L4-L5, qui conclut que le patient a une incapacité totale de travail comme chauffeur de taxi, mais peut exercer des activités légères à plein temps et qu'il y a une possibilité d'amélioration (AI pce 40).

C.

Dans son avis du 28 juin 2011 (AI pce 42), le médecin de l'OAIE a noté que l'assuré souffrait de lombalgies avec dégénération des disques intervertébraux (sans effets sur les structures neurologiques) et d'une inflammation chronique de l'œsophage avec un raccourcissement dû à des cicatrices (œsophage de Barrett). Il a estimé l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 30% dès le 15 janvier 2010 parce que l'assuré ne peut pas porter de lourds bagages et doit faire régulièrement des pauses pour changer de position. Par contre le médecin de l'OAIE a considéré qu'une activité adaptée avec changement régulier de position et sans lourdes charges (par ex. en tant que manœuvre en usine, gardien de parc ou de musée, livreur de petites pièces avec un véhicule) était possible sans limitation et a énuméré les activités possibles (AI pce 42.1).

D.

Par projet de décision du 4 juillet 2011, l'OAIE a signifié à A. _____ qu'il entendait rejeter la demande de prestations de l'assurance-invalidité parce qu'il ressortait du dossier qu'il n'y avait pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année (AI pce 43).

Par lettre du 21 juillet 2011, l'assuré a formé opposition contre le projet de décision du 4 juillet 2011 (AI pce 44). Il a argué que son invalidité n'était pas inférieure à 50% parce qu'il avait des lombalgies avec des dégénération de la colonne vertébrale au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1, un ulcère duodénal, un œsophage de Barrett, un syndrome de côlon irritable, une hyperplasie et une inflammation de la prostate, un trouble du sommeil et un syndrome d'anxiété. L'assuré a demandé que l'OAIE lui reconnaisse une incapacité de travail de plus de 50% et ordonne une nouvelle expertise médicale en Suisse ou en Espagne.

E.

Par décision du 3 août 2011, l'OAIE a confirmé son projet de décision du 4 juillet 2001 et a rejeté la demande de rente d'invalidité au motif qu'il n'y avait pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et que, les atteintes à la santé étant suffisamment documentées, de nouveaux examens médicaux n'apporteraient rien de nouveau (AI pce 45).

F.

Par courrier du 13 septembre 2011, remis à la poste le même jour et parvenu le 15 septembre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal). Il

a argué qu'il souffrait de nombreuses atteintes à sa santé, principalement de lombalgies et de douleurs à l'estomac et aux intestins, et a conclu à la réforme de la décision attaquée. Il a joint à son recours diverses pièces médicales dont la plupart figuraient déjà au dossier (TAF pce 1).

G.

L'OAIE a resoumis le dossier à son médecin. Dans son rapport du 6 décembre 2011 celui-ci a noté que les pièces médicales jointes au recours confirmaient les atteintes déjà connues à la colonne lombaire et à l'œsophage, qu'ils ne contenaient pas d'éléments nouveaux, que les diagnostics avaient déjà été posés alors que l'assuré continuait à exercer son activité lucrative pendant encore 10 ans au moins et que les problèmes de miction et la nature anxieuse n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail (AI pce 49). Dans son préavis du 13 décembre 2011, l'OAIE a considéré que les atteintes dont souffrait l'assuré limitaient sa capacité de travail de 30% dans son activité de chauffeur de taxi, et a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 5).

Le 28 février 2012, l'assuré a répliqué que l'OAIE s'était basé uniquement sur le rapport médical établi par le Dr M._____ du 28 juin 2011 indiquant une incapacité de travail de 30%, bien que de nombreux éléments aient démontré une incapacité de travail de 100%. L'assuré a demandé une rente entière d'invalidité ou éventuellement une expertise indépendante auprès d'un médecin suisse (TAF pce 12). Le 12 mars 2012, il a encore fait parvenir au Tribunal un certificat médical du Dr N._____ du 1^{er} mars 2012 (TAF pce 14). L'OAIE a resoumis le dossier à son médecin. Dans son rapport du 24 mars 2012, celui-ci a indiqué que le caractère craintif et le trouble réactif n'avaient pas d'influence déterminante sur la capacité de travail dans l'ancienne activité, que l'assuré n'était handicapé que par la possibilité restreinte de soulever des charges et que cet handicap ainsi que les douleurs au dos ne diminuaient pas la capacité de travail comme chauffeur de taxi de plus de 30% (AI pce 51). Le 3 avril 2012 l'OAIE a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 16).

H.

Le 23 avril 2012, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 17 et 21).

I.

Par courrier du 16 mai 2012, le recourant a argué qu'aucun médecin en Suisse ne l'avait examiné car le service médical de l'OAIE ne se basait

que sur les pièces du dossier, il a joint un certificat médical du Dr O._____ du 20 avril 2012 qui retenait une incapacité de travail de 25% à cause des dégénération de la colonne lombaire, de 5% à cause des dégénération de la colonne cervicale, de 35% à cause des atteintes psychiques et de 4% à cause de facteurs sociaux complémentaires, ce qui donnait une incapacité de travail de 57% au total (TAF pce 22). L'OAIE a resoumis le dossier à son médecin. Dans son rapport du 30 mai 2012, celui-ci a indiqué que le certificat médical du Dr O._____ n'apportait aucune information qui n'ait pas déjà été prise en considération et qu'on ne pouvait pas retenir la méthode inhabituelle de calcul de l'incapacité de travail (AI pce 53). Le 5 juin 2012 l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 24). Par courrier du 9 juillet 2012 le recourant a à nouveau requis une expertise indépendante (TAF pce 26).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours 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 les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

1.2 En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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.

1.4 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.5 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

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

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

2.3 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États 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 exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

2.4 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

2.5 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 des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; 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 une rente de l'assurance invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

4.

Le requérant conteste la validité matérielle de la décision de l'OAIE du 3 août 2011, dans la mesure où il prétend avoir droit à une rente d'invalidité.

5.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPG/LAI et
- avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 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 peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'espèce, le requérant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (AI pces 7 et 8). Partant, il remplit la condition relative à la durée de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPG, 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'art. 4 al. 2 LAI 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.

6.2 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. 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.

6.3 L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que 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.

6.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

6.5 Par incapacité de travail, l'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 al. 1 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de 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).

7.

7.1 L'assuré a indiqué dans le questionnaire daté et signé du 3 mai 2011 avoir travaillé comme chauffeur de taxi indépendant 10 heures par jour et 60 heures par semaine jusqu'au 15 janvier 2010 et ne plus exercer aucune activité lucrative depuis cette date (AI pce 12).

7.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physi-

que 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 (méthode générale).

7.3 Dans les cas où il est particulièrement difficile de déterminer les revenus avant et après l'invalidité, tout particulièrement s'agissant des indépendants, la jurisprudence admet que l'évaluation de la perte de gain soit faite, exceptionnellement, par une méthode dite extraordinaire. Celle-ci consiste à déterminer les répercussions économiques de la baisse de rendement sur la situation concrète où se déploie l'activité (cf. ATF 128 V 29 consid. 1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 2183). Concrètement, en application de cette méthode, on constate d'abord l'empêchement dû à l'atteinte à la santé et, ensuite, on examine les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (VSI 1998 p. 121; SVR 1996 IV n. 74 consid. 2b). Toutefois, si l'intéressé a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (VALTERIO, op. cit. n° 2184; arrêt du Tribunal fédéral I 499/02 du 17 juin 2003 consid. 6 et les références).

7.4 Compte tenu de la cessation de l'activité indépendante, la perte de gain subie par l'intéressé du fait de son invalidité doit donc être évaluée selon la méthode générale expliquée ci-dessus.

7.5 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

8.

8.1 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).

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 351 consid. 3b/cc et les références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

9.

9.1 Il ressort des pièces médicales du dossier que le recourant souffre d'atteintes à la colonne vertébrale (hernie discale L4-L5, ostéochondroses L4-L5 et L5-S1), de problèmes du tube digestif (œsophage de Barrett, hernie hiatale, côlon irritable, hypertrophie de la prostate, inflammation chronique de la prostate, légers calculs biliaires, difficultés de miction) et de légers problèmes psychiques (trouble réactif, caractère craintif, nature anxieuse). Ces atteintes à la santé avaient déjà été diagnostiquées, alors

que l'assuré a continué à exercer son activité de chauffeur de taxi encore pendant plusieurs années.

9.2 En ce qui concerne les conséquences des affections diagnostiquées sur la capacité de travail, la Dresse L._____ a relevé, dans le rapport E 213 du 4 février 2011, que l'assuré se plaignait principalement de douleur au dos, à l'estomac et aux intestins ainsi que de difficultés pour uriner. Elle a indiqué une incapacité de travail comme chauffeur de taxi depuis le 15 janvier 2010, mais n'a pas précisé s'il s'agissait d'une incapacité totale ou partielle. Elle a noté que l'assuré demeurait capable d'exercer de façon régulière une activité lucrative comportant des travaux légers, que la flexion, le levage et le port de charges fréquents étaient à proscrire, que la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés devait être évitée et qu'une activité lucrative n'était possible qu'en faisant alterner les postures de travail. La Dresse L._____ a précisé que l'assuré pouvait travailler sur écran, qu'il était autonome sur son lieu de travail et pouvait également travailler à domicile sans l'aide de tiers. Elle a mentionné que le recourant ne pouvait plus travailler à plein temps comme chauffeur de taxi, mais n'a pas précisé la durée maximale de travail possible. Elle a indiqué qu'un travail adapté était possible et pouvait être exercé à plein temps, que l'invalidité pour l'activité exercée en dernier lieu était totale en vertu de la législation espagnole, une amélioration de l'état de santé étant possible grâce à des médicaments et des mesures de rééducation (AI pce 40).

9.3 Le médecin de l'OAIE a considéré que, en retenant les limitations indiquées par la Dresse L._____ (pas de port de bagages lourds et pauses régulières pour permettre des changements de position), il y avait une incapacité de travail inférieure à 40% en tant que chauffeur de taxi et a estimé celle-ci à 30% depuis le 15 janvier 2010 (AI pce 42).

9.4 Le recourant mentionne dans ses écritures les mêmes diagnostics que ceux retenus par la Dresse L._____ et le médecin de l'OAIE, mais est d'avis que son incapacité de travail est supérieure à 50% et demande à être réexaminé par un expert indépendant en Suisse. Il a produit un certificat médical du Dr O._____ du 20 avril 2012 qui, sur la base des diagnostics déjà mentionnés dans les autres pièces médicales, retenait une incapacité de travail de 57% (TAF pce 22).

9.5 Appelé à se prononcer sur les documents médicaux produits avec le recours et la réplique, le médecin de l'OAIE observe dans ses rapports des 6 décembre 2011, 24 mars 2012 et 30 mai 2012 (AI pces 49, 51 et 53) que ces documents ne mentionnent que des atteintes déjà connues,

que les diagnostics avaient déjà été posés alors que l'assuré a pu continuer son activité lucrative encore pendant 10 ans au moins, que les problèmes de miction, le caractère craintif et anxieux et le trouble réactif n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, que le recourant n'était handicapé que par la possibilité restreinte de soulever des charges, que cet handicap ainsi que les douleurs au dos ne diminuaient pas la capacité de travail comme chauffeur de taxi de plus de 30% et qu'on ne pouvait pas retenir la méthode inhabituelle de calcul de l'incapacité de travail du Dr O._____.

9.6 Au vu de ce qui précède, le Tribunal peut faire sienne les conclusions du médecin de l'OAIE et considérer, sans devoir recourir à une expertise médicale complémentaire, par appréciation anticipée de son résultat au vu des pièces du dossier (ATF 135 V 2 consid. 1.3), que les atteintes à la santé de l'assuré ne limitent pas la capacité de travail en tant que chauffeur de taxi dans la mesure de 40% au moins et que donc, son taux d'invalidité n'est pas suffisant pour ouvrir droit à une rente (Prozentvergleich: cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1 et références citées).

10.

Il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et réf. cit.). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, RCC 1989 p. 325 consid. 2b, RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

11.

Par conséquent, le recours du 13 septembre 2011 doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

12.

12.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à 400 francs sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

12.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 400 francs, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

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

Expédition :