



Cour III
C-531/2011

Arrêt du 30 novembre 2012

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Francesco Parrino, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

X. _____,
représenté par Maître Claude Ulmann, 1, Place Claparède,
1205 Genève,
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 20 décembre 2010.

Faits :**A.**

Le ressortissant suisse, X._____, né le [...] 1964, titulaire d'un CFC de vendeur, a travaillé comme frontalier à Z._____, depuis 1991 comme agent d'assurance (AI pces 7, 18 et 40). Souffrant depuis de nombreuses années de lombalgies, il a été opéré le 22 février 2008 pour une volumineuse hernie discale L1-L2 droite (AI pces 13 p. 15, 59). Le 3 octobre 2008, son contrat de travail avec A._____ a été résilié avec effet au 31 janvier 2009 (AI pce 17 p. 42).

B.

Le 20 décembre 2008, X._____ présente une demande de prestations d'assurance à l'Office cantonal de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI-GE; AI pce 1).

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

- les extraits du compte individuel pour les cotisations AVS/AI (AI pce 7),
- les différents diplômes, certificats de travail et attestations de salaires ainsi que le curriculum vitae (AI pces 17, 19, 20, 40),
- les résultats de l'examen électrophysiologique du 2 mai 2002, signés des Drs B._____ et C._____ (AI pce 13 p. 5),
- les résultats des examens du 24 septembre 2002 par le Dr D._____ (AI pce 13 pp. 7 à 9),
- les résultats de la myélographie et du myéloscan du 18 octobre 2002 du Dr E._____ (AI pce 13 pp. 10 et 11),
- le courriel du 20 novembre 2002 du Dr F._____, neurochirurgien, qui confirme qu'il n'y a aucune indication opératoire et qui propose un traitement rhumatologique avec médecine manuelle ainsi qu'un essai de reprise progressive de travail (AI pce 13 p. 25),
- le rapport du 12 décembre 2002 du Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales (AI pce 13 pp. 12 et 13),

- le rapport médical du 22 janvier 2003 du Dr F._____ (AI pce 22 p. 7),
- les résultats de l'IRM lombaire du 20 décembre 2007, signés du Dr H._____ (AI pce 13 p. 14),
- le résultat de l'artériographie médullaire du 20 février 2008 du Dr I._____ (AI pce 22 p. 16),
- le compte-rendu de l'intervention pour hernie discale L1-L2 droite du 22 février 2008 (AI pce 13 p. 15),
- le rapport de sortie du 25 février 2008, signé du Dr J._____, neurochirurgien, qui a opéré l'assuré. Ce médecin décrit des suites opératoires simples, sans complications (AI pce 13 p. 16),
- les résultats de l'examen radiologique de la colonne lombaire et du bassin du 14 mars 2008 (AI pce 13 p. 20),
- les résultats de l'IRM lombaire du 16 avril 2008 de la Dresse K._____ (AI pce 22 pp. 14 et 15)
- les résultats de l'examen électromyographique du 23 juillet 2008 du Dr L._____ (AI pce 13 p. 17),
- le rapport du 31 août 2008 du Dr M._____, médecin de famille, qui décrit une évolution défavorable de l'intervention du 22 février 2008 (AI pce 13 p. 18),
- le rapport du 4 septembre 2008 du Dr J._____ qui mentionne que les résultats des examens sont objectivement rassurants mais que le patient est très inquiet, souffrant de douleurs résiduelles qui peuvent être le fait de fibromyalgie et d'anxiété (AI pce 13 p. 21),
- les résultats des examens radiologiques et de l'IRM du 19 septembre 2008 du Dr N._____ (AI pce 13 p. 22),
- l'examen IRM lombaire du 2 octobre 2008 du Dr N._____ qui observe des séquelles de laminectomie droite L1-L2 avec un petit remaniement inflammatoire épidual latéral droit. Toutefois le médecin note que le cordon médullaire est sans anomalie et qu'il n'y a pas de récurrence herniaire et de discopathie L4-L5 (AI pce 22 p. 13),

- les attestations d'incapacité de travail du 24 novembre 2008 du Dr M._____ selon lesquelles l'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 10 décembre 2007 au 16 mai 2008, de 50% du 17 mai 2008 au 5 octobre 2008 et de 100% à partir du 6 octobre et jusqu'au 30 novembre 2008 (AI pce 3 pp.1 et 2),
- le rapport du 5 décembre 2008 du Dr F._____ qui pense que l'intéressé est entré dans un circuit douloureux chronique qui est l'expression d'une neuropathie séquellaire dont l'intensité douloureuse est nettement majorée par un état dépressif. Cependant, il est d'avis qu'il ne s'agit pas de fibromyalgie (AI pce 13 pp. 26 à 28),
- le rapport médical du 2 février 2009 du Dr M._____ qui décrit des lombo-sciatalgies droites, parésiastes qui limitent les déplacements à pied ou en voiture et la durée de la position assise ou debout sur place ainsi que le port de charges (AI 13 pp. 1 à 4),
- le rapport d'évaluation du 19 février 2009 de l'OAI-GE duquel il ressort que l'assuré pense pouvoir assumer, avec beaucoup de réserves, un travail à 50%. Il aimerait rester dans le domaine des assurances mais ne souhaite plus travailler sous la pression d'un chiffre d'affaire à réaliser (AI pce 18),
- le courrier du 9 mars 2009 du Dr F._____ (AI pce 22 p. 6),
- l'avis du Service Médical Régional Assurance-Invalidité (SMR) du 11 juin 2009, signé des Dresses O._____ et P._____ (AI pce 27),

C.

Par communication du 3 juillet 2009, l'OAI-GE informe X._____ qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous forme de mesure dite d'intervention précoce ne peut être mise en place du fait que l'assuré préfère faire appel à son propre réseau pour une formation pratique (AI pce 33).

D.

L'OAI-GE examine le doit éventuel à d'autres prestations. Dans ce cadre, sont notamment versées les pièces suivantes :

- la note téléphonique de l'entretien avec l'assuré du 8 juillet 2009 de laquelle il résulte que l'intéressé a fait des offres pour un stage auprès de Swisslife, Generali et Postfinance (AI pce 34 p. 1),

- le rapport d'expertise du 2 juillet 2009 du Dr Q._____, spécialiste en neurochirurgie, qui observe un status après cure chirurgicale d'une hernie discale L1-L2 dans le cadre d'une discopathie avec signes de Modie et probable instabilité, une anomalie de transition lombosacrée et des discopathies L1-L2 (pincement, rétrolisthésis, sclérose de plaques terminales, etc.). L'état dépressif réactionnel qui est venu s'y ajouter n'a d'après les informations obtenues du Dr R._____ qu'une importance secondaire, réactionnelle, sans aucun élément propre. Le Dr Q._____ conclut alors à une capacité de travail de 60% dès le 1^{er} septembre 2009, mais avec un rendement diminué de 20%. Il estime que l'activité de conseiller d'assurances est bien adaptée au handicap de l'intéressé (AI pce 42 pp. 3 à 11),
- le courrier du 16 juillet 2009 de l'assurance perte de gain maladie qui informe l'assuré, se basant sur l'expertise du Dr Q._____, que les prestations d'assurance sont versées à 100% jusqu'au 31 août 2009 et à 50% dès le 1^{er} septembre 2009 jusqu'au 27 novembre 2009, date à laquelle le droit aux prestations est épuisé (AI pce 42 p. 2),
- le courrier du 23 août 2009 du Dr M._____ qui note que son patient va mieux sur le plan psychique mais qu'il reste handicapé sur le plan physique; il ne peut en particulier plus rester longtemps assis ou debout sur place, ou marcher longtemps. La reprise de l'activité commerciale antérieure impliquant de fréquents déplacements et de longues stations assises pour discuter avec les clients est impossible. Il informe que son patient est avant tout préoccupé par ses projets de réadaptation et qu'il envisage de faire l'essai de travailler à plein temps si le poste lui convient (AI pce 49 p. 1),
- le rapport médical du 31 août 2009 du Dr R._____, psychiatre, qui suit l'assuré depuis février 2009 et qui retient un trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes. Il note que pour des raisons psychiatriques il est souhaitable que son patient puisse retravailler ne serait-ce qu'à 50% (AI pce 52),
- le courrier d'octobre 2009 du Dr M._____ qui considère que l'ancienne activité professionnelle de son patient, nécessitant de fréquents trajets en automobile et le maintien prolongé de la position assise lors de discussions avec les clients, la plupart du temps dans des sièges non adaptés, n'est plus compatible avec son état de santé. Par contre une activité de bureau, avec la possibilité de changements fréquents de position est envisageable, mais en l'état actuel à 50%. Il

souligne de nouveau que son patient est très désireux de retravailler (AI pce 55 p. 4),

- le courrier du 27 octobre 2009 de Me Ulmann à A. _____ par lequel l'assuré conteste l'expertise du Dr Q. _____ dont les constatations en ce qui concerne l'aspect psychique sont erronées (AI pce 55 p. 2),
- l'avis médical du 16 avril 2010 du SMR, signé des Dresses O. _____ et P. _____, lesquelles contestent la valeur probante de l'expertise du Dr Q. _____, celui-ci écrivant par erreur que l'assuré bénéficie d'une rente AI pour trouble psychique présent depuis plusieurs années. Elles proposent une expertise rhumatologique (AI pce 56),
- le rapport de l'examen rhumatologique du 14 juin 2010 du Dr S. _____ du SMR, spécialiste FMH en rhumatologie, qui pose le diagnostic de lombopygalgies persistantes dans un contexte status post-cure de hernie discale L1-L2 et de douleurs neurogènes ainsi que de fibromyalgie et de lipomes multiples, celles-ci n'ayant cependant pas de répercussion sur la capacité de travail. Il décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10kg, pas de position statique assise prolongée au-delà de 1 heure, debout au-delà de 20 minutes. D'après ce spécialiste, l'incapacité de travail a été totale du 10 décembre 2007 au 15 mai 2008. Il ne peut se prononcer sur l'incapacité de travail à partir du 4 octobre 2008 précipitée par le licenciement et par une décompensation d'ordre psychique. D'un point de vue somatique, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé depuis lors. Le médecin retient une exigibilité de travailler deux fois trois heures par jour, permettant à l'assuré d'avoir une pause plus importante à midi, avec une diminution de 10% de rendement pour une pause supplémentaire de cinq minutes par heure. Il considère l'activité habituelle comme adaptée à l'état de santé de l'intéressé. Le descriptif du poste de travail fait par l'assuré ne permet pas de confirmer des longs déplacements (100-150 kilomètres par jour); dans ses discussions avec les clients et la rédaction de contrat l'assuré a la possibilité de changer de position (absence de position statique assise de plus d'une heure). Il atteste, d'un point de vue somatique, une capacité de travail de 50% à partir du 16 mai 2008 et de 65% un mois plus tard. En outre il indique qu'il ne comprend pas pourquoi le Dr Q. _____

retient que l'assuré ne pourra retravailler qu'à partir du 1^{er} septembre 2009 alors qu'il a effectué son expertise en mars 2009 (AI pce 57),

- le rapport SMR du 31 août 2010 du Dr T._____, signé de la Dresse U._____ qui estime que les conclusions de l'examen clinique par le Dr S._____ sont convaincantes. Un complément d'examen psychiatrique ne s'impose pas actuellement compte tenu de l'avis du médecin psychiatre en charge de l'assuré, ayant estimé qu'une reprise de travail est souhaitable, au moins à 50%, et des motivations exprimées par l'intéressé pour une activité à plein temps si le poste lui convient. Elle conclut donc que l'assuré peut poursuivre dès le 15 août 2008 son activité habituelle d'agent d'assurances à 65% dans des conditions adaptées aux limitations fonctionnelles définies par toutes les recommandations relatives à l'épargne du rachis lombaire (AI pce 59).

E.

Avec le projet de décision du 18 octobre 2010, l'OAI-GE signifie à X._____ qu'il entend rejeter sa demande de prestations, sa capacité de travail étant de 65% dans son activité habituelle ou dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles et que des mesures d'ordre professionnel n'étant pas indiquées dès lors que c'est dans son activité habituelle qu'il a le plus d'opportunité de retrouver un emploi et qu'un reclassement professionnel ne permettrait pas de diminuer le dommage puisque sa capacité de travail est également de 65% dans toute autre activité que celle exercée habituellement (AI pce 61).

F.

Le recourant s'oppose au projet de décision, soutenant par courrier enregistré le 3 décembre 2010 que son dossier médical est truffé de contradictions entre les divers médecins qui se sont exprimés et il demande la mise en œuvre d'une véritable expertise (AI pce 68).

G.

Par décision du 20 décembre 2010, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE), alors compétent (cf. art. 40 al. 2 du Règlement sur l'assurance-invalidité [RAVS, RS 831.201]), reprend entièrement la position de l'OAI-GE et rejette la demande de prestations de l'assuré (AI pce 70).

H.

En date du 17 janvier 2011, X._____ dépose recours contre la décision

de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal). Il demande principalement l'annulation de la décision contestée et l'octroi d'une demi-rente AI, subsidiairement l'audition des différents médecins consultés et plus subsidiairement une expertise par un médecin-neurochirurgien et psychiatre. Il argue en substance que selon les Drs T._____, M._____, R._____ et Q._____, il est atteint d'une invalidité de 50% au minimum: le Dr Q._____ pense de plus que les observations d'un psychiatre s'avèrent indispensables. A son appui il verse les documents nouveaux suivants :

- le rapport du 11 janvier 2011 du Dr M._____ qui estime que les conclusions du Dr S._____ sont irréalistes et les contraintes liées spécifiquement à la profession exercée de son patient largement sous-estimées. Cette appréciation est confortée par l'expérience de réinsertion que vit actuellement le patient en tant que courtier indépendant dans une agence. Le travail assis (téléphones et administration, entretien avec les clients) est sévèrement limité, ainsi trois heures de suite trois jours consécutifs en position assise, le patient est totalement "cassé", en raison de douleurs et paresthésies du membre inférieur droit, qui ne récupèrent que lentement. De même après une heure de trajets en voiture la jambe droite est insensible, et les déplacements à pied sont très difficiles. Il estime, à la lumière des expériences actuelles, que le rendement du patient est diminué au minimum de 50%. Il conteste également le diagnostic de fibromyalgie et les termes d'illness behavior et de kinésiophobie utilisés par le Dr S._____, ceux-ci ayant une connotation psychique, évocateurs d'une pathologie de revendication. Il préfère parler d'une diminution du seuil de perception de la douleur lié à un état douloureux chronique, majoré par un état anxio-dépressif secondaire (TAF pce 1 annexe 3),
- le certificat médical du Dr R._____ du 10 janvier 2011 qui atteste que l'état psychiatrique de son patient ne lui permet pas d'assumer un travail à plus de 50% (TAF pce 1 annexe 4).
- le contrat de collaboration entre l'assuré et Cc._____ du 6 janvier 2011 (TAF pce 1 annexe 5).

I.

Dans sa réponse du 17 mars 2011, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, se basant sur le courrier de l'OAI-GE du 14 mars 2011 qui avance en substance que le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr S._____ bénéficie de la pleine valeur probante, remplissant tous les critères décrites par la jurisprudence, alors que les rapports des médecins traitants du recourant, quant à eux, ont une valeur probante moindre, parti étant naturellement pris pour leur patient. S'agissant de l'expertise du Dr Q._____, celle-ci ne saurait emporter la conviction, contenant des contradictions et les conclusions n'étant pas motivées. Enfin, l'OAIE fait valoir que les nouveaux documents médicaux n'apportent pas d'éléments nouveaux (TAF pce 3 et annexe).

J.

Le recourant verse l'avance de frais de Fr. 400.- dans le délai imparti par le TAF (TAF pces 4 à 6).

K.

Par réplique du 14 avril 2011, le recourant réitère ses conclusions. Il estime qu'une expertise devra être ordonnée si le Tribunal estime nécessaire de compléter ses renseignements (TAF pce 7).

L.

Le 30 mai 2011, l'OAIE se basant sur le courrier de l'OAI-GE du 24 mai 2011, persiste dans ses conclusions (TAF pce 9).

M.

Le 21 septembre 2011, X._____ transmet les documents nouveaux suivants :

- l'IRM lombaire du 24 août 2011 des Drs V._____ et W._____ (TAF pce 11 annexe 2),
- l'examen électroneuromyographique du 25 août 2011 du Dr Aa._____ (TAF pce 11 annexe 1),
- le rapport du 5 septembre 2011 du séjour hospitalier du 22 août au 2 septembre 2011 duquel il ressort principalement un diagnostic de lombo-radiculalgies droites sans territoire précis dans le contexte d'une hémilaminectomie L1 droite en 2008 pour une HD L1-L2 avec persistance de lomboradiculalgies atypiques et d'état dépressif

réactionnel sévère. Au cours de l'hospitalisation, le patient a bénéficié d'un bilan ergothérapeutique afin d'adapter au mieux sa position assise, qui est son principal obstacle à sa reprise du travail, chez ce patient devant faire plusieurs distances en voiture par jour. Les médecins n'ont pas pu établir une cause somatique aux douleurs chroniques de X._____, néanmoins, il est clair d'après les médecins que celui-ci nécessite une adaptation de son temps de travail afin d'éviter les trajets en voiture et la position assise trop longue (TAF pce 11 annexe 3).

N.

Le 26 octobre 2011, l'OAIE réitère ses conclusions, selon l'avis médical SMR du 17 octobre 2011, signé des Drs T._____ et Bb._____, les derniers éléments communiqués confirment les conclusions de l'examen rhumatologique SMR du 12 mai 2010, à savoir, une capacité de travail de 65% (TAF pce 13 et annexe).

O.

Par courrier du 11 novembre 2011, le recourant, maintenant sa position, s'étonne que l'autorité intimée n'accepte pas une nouvelle expertise (TAF pce 15).

Droit :

1.

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

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

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

1.4 Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGGA et 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fonds du recours.

2.

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006).

3.

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. Par contre, c'est l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger qui notifie les décisions (cf. art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

4.

4.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Dans le cas concret, est ainsi applicable la LAI modifiée par la 5^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215). En outre, le recourant, de nationalité suisse, est domicilié en France et a travaillé comme frontalier en Suisse. Par conséquent, est aussi déterminant 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; ATF 133 V 169 consid. 4.3), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du le règlement du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11).

Par contre, ne sont pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ainsi que l'annexe II révisée de l'ALCP et les nouveaux règlements (CEE) n° 883/2004 et 987/2009 (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11), en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012 (cf. section A art. 3 et 4 de l'annexe II révisée ALCP, art. 87 par. 1 et art. 90 par. 1 let. c du règlement (CEE) n° 883/2004).

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

5.

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si X._____ a droit à des prestations de l'assurance-invalidité selon le droit suisse. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI). Le recourant ayant déposé sa demande de prestations AI le 20 décembre 2008, le Tribunal peut alors se limiter à examiner si et dans quelle mesure X._____ avait droit à des prestations d'assurance le 20 juin 2009 ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 20 décembre 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). La documentation médicale postérieure au 20 décembre 2010 ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de la situation médicale de l'assuré avant cette date.

6.

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

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

En l'occurrence, X. _____, ayant cotisé depuis 1982 (AI pce 7), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

7.

7.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

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

7.2 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé 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 du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 respectivement art. 28a al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

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

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

8.

8.1 Le juge des assurances sociales qui apprécie les preuves d'office et librement (cf. consid. 2 ci-dessus) 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.

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. L'OAI-GE les a exposé correctement dans le cadre de la présente procédure.

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il 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). Bien entendu, il importe que le médecin consulté dispose de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

Une expertise médicale a pour but d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à des connaissances spéciales de l'expert. Sans motifs impératifs, il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes d'une expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

Une expertise médicale établie par le SMR qui se fonde sur des examens effectués par lui-même, dispose d'une pleine valeur probante si elle répond aux exigences jurisprudentielles précitées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne

permet pas de douter de l'objectivité de son appréciation (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, 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 et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

9.

9.1 Dans le cas concret, X._____, qui a été opéré le 22 février 2008 pour une hernie discale L1-L2, se plaint de douleurs au bas du dos ainsi que de douleurs et de paresthésies dans la jambe droite. Le Dr Q._____, neurologue, parle de discopathies L1-L2 (pincement, rétrolisthésis, sclérose de plaques terminales etc. [rapport d'expertise du 2 juillet 2009, AI pce 42 pp. 3 à 11]), le Dr S._____, rhumatologue, du SMR de lombopyralgies persistantes et de douleurs neurogènes (rapport de l'examen rhumatologique du 14 juin 2010 [AI pce 57]) et le Dr M._____, le médecin traitant, de lombo-sciatalgies droites parésiantes chroniques (rapport médical du 2 février 2009 [AI pce 13 p. 1-4]). L'assuré souffre aussi d'un trouble d'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes (rapport médical du 31 août 2009 du Dr R._____ [AI pce 52]).

Sont litigieuses en l'espèce, les répercussions de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant.

9.2 L'OAIE a basé sa décision contestée sur l'avis du Dr S._____ qui a attesté à l'assuré une incapacité de travail totale du 10 décembre 2007 au 15 mai 2008 et reconnu une capacité de travail est de 50% à partir du 16 mai 2008 et de 65% un mois après (AI pce 57), l'assuré pouvant travailler deux fois trois heures par jour - ce qui lui permet d'avoir une pause plus importante à midi - avec une diminution de 10% de rendement pour une pause supplémentaire de cinq minutes par heure. Ce médecin considère l'activité habituelle comme adaptée à l'état de santé du recourant.

Le Tribunal constate que le Dr S._____ a pris en considération l'entier du dossier médical versé en cause, son examen de l'assuré est complet, il tient notamment compte des plaintes de celui-ci et il explique en détail les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré en juxtaposant les limitations fonctionnelles constatées avec l'activité de l'assuré, décrit par ce dernier. Cette expertise bénéficie alors de la pleine valeur probante, remplissant tous les critères décrits par la jurisprudence. Cela étant, le Tribunal remarque que l'assuré souffre de douleurs neurologiques, suite à l'opération de l'hernie discale, le Dr Q._____ notant des discopathies L1-L2 avec pincement et rétrolisthésis etc. (AI pce 42 p. 3 à 11), le Dr S._____ de douleurs neurogènes (AI pce 57] et le Dr M._____ de lombo-sciatalgies droites parésiantes (AI pce 13 p. 1 à 4) ou de paresthésies du membre inférieur droit (TAF pce 1 annexe). L'autorité administrative ne pouvait alors se fonder sur l'unique appréciation du Dr S._____ qui est rhumatologue, mais elle aurait dû approfondir l'aspect neurologique de l'atteinte à la santé de l'assuré. A juste titre, l'autorité n'a pas pris en considération l'estimation de la capacité de travail résiduelle du Dr Q._____, neurologue. Son rapport d'expertise du 2 juillet 2009 ne bénéficie pas de valeur probante, ce médecin ayant retenu à tort que l'assuré touche une rente d'invalidité entière en raison d'un trouble psychiatrique et il n'a pas motivé les raisons pour lesquelles il a attesté une amélioration de l'état de santé à partir de septembre 2009 alors qu'il a examiné X._____ le 3 mars 2009 déjà. Par contre, il aurait appartenu à l'OAI-GE (cf. art. 40 al. 2 RAI) de mettre en œuvre une autre expertise neurologique.

De son côté, l'assuré demandant une demi-rente d'invalidité au moins, s'appuie principalement sur l'avis de son médecin traitant le Dr M._____. Or quand bien même le Tribunal observe que son rapport du 11 janvier 2011, postérieur à la décision mais en relation avec l'état de fait déterminant (cf. consid. 4), est très détaillé et que le médecin explique que son estimation d'une incapacité de travail de 50% au moins est confortée par l'expérience de la réinsertion actuelle de son patient (TAF pce 1 annexe 1), il ne pourra se baser sur ce rapport, l'état de fait étant insuffisamment instruit, une expertise neurologique valable faisant notamment défaut (cf. ci-dessus).

De plus, le Tribunal note que l'assuré souffre d'un problème psychique qui majeure, d'après les médecins, les douleurs du recourant (cf. notamment rapport du 4 septembre 2008 du Dr J._____ [AI pce 13 p. 21], le rapport du 5 décembre 2008 du Dr F._____ [AI pce 13 p. 26 à 28] et le rapport du 11 janvier 2011 du Dr M._____ [TAF pce 1 annexe 3]). Le

SMR a jugé le 31 août 2010 qu'un complément d'examen psychiatrique n'était pas nécessaire (AI pce 59), alors que le Dr S._____ l'a réservé dans son rapport du 14 juin 2010 (AI pce 57) et que le rapport médical du 31 août 2009 du Dr R._____, le psychiatre traitant, sur lequel le SMR s'est appuyé, datait d'une année déjà. L'attestation d'une incapacité de 50% certifiée par le Dr R._____ le 10 janvier 2011 (TAF pce 1 annexe 4), ne pourra pas non plus être retenue par le Tribunal, le psychiatre ne motivant nullement son estimation. Ainsi, il s'avère qu'un examen psychiatrique est également nécessaire afin de clarifier la capacité de travail résiduelle du recourant.

10.

En conclusion, la décision du 20 décembre 2010 se fonde sur une constatation lacunaire des faits relatifs à la capacité de travail du recourant. Elle doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité compétente, en application de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il l'est justifié en l'espèce, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le complément d'instruction comprendra notamment la réalisation d'une expertise neurologique et psychiatrique pluridisciplinaire qui tiendra notamment compte des contestations et conclusions du Dr S._____ du 14 juin 2010 et du Dr M._____ du 11 janvier 2011.

11.

11.1 Au vu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force.

11.2 Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, le travail accompli par le représentant du recourant a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 4 pages accompagné d'un bordereau de 9 pièces, d'une réplique de 4 pages et de deux prises de position supplémentaires. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 1'500.- (avec frais, sans TVA [arrêts du Tribunal administratif fédéral C_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]), à charge de l'OAIE.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée.

2.

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

3.

L'avance de frais de Fr. 400.- versée par le recourant lui sera restituée par le Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

L'autorité de première instance versera au recourant une indemnité de Fr. 1'500.- à titre de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. 756.9740.2968.67 ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

(indication des voies de droit à la page suivante)

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 :