



Arrêt du 21 janvier 2014

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Daniel Stufetti, Maurizio Greppi, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Rolf A. Tobler, Chaulmontet &
Associés,
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 11 octobre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant français, né le [...] 1951, animateur de formation, a travaillé en Suisse entre février 1987 et novembre 1997 en tant qu'indépendant, cotisant ainsi 63 mois à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pce 10; cf. également l'extrait du compte individuel du 17 avril 2013 [TAF pce 9]). En France, l'assuré travaille de manière indépendante en tant qu'artisan pizzaiolo itinérant jusqu'au 30 septembre 2010, date à laquelle il cesse toute activité professionnelle en raison de maladie (pces 1, 4, 5 et 10).

B.

Après avoir entrepris une première demande de rente de vieillesse anticipée le 28 novembre 2008 auprès de la Caisse de compensation X._____, respectivement de la Caisse suisse de compensation (CSC; pces 1 à 19), infructueuse car prématurée selon le droit suisse, A._____ dépose le 18 décembre 2010 une demande de rente d'invalidité auprès de la CSC, respectivement de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), se prévalant d'une incapacité de travail entière dès le mois de septembre 2010 en raison de maladie (pce 20).

C.

Dans le cadre de cette demande, sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport médical du 31 août 2010 du Dr B._____, dont il ressort que l'assuré, souffrant également d'hypertension artérielle (HTA), est inapte à exercer son métier de pizzaiolo itinérant du fait de différentes pathologies rendant la station debout prolongée pénible, à savoir: une bascule du bassin de 3 cm, une inégalité de longueur de membres inférieurs, une scoliose lombaire avec exagération des cyphoses dorsales et une lordose cervicale et lombaire, ainsi qu'une raideur cervicale avec cervicarthrose, un tassement vertébral dorsal antérieur et un pincement discal L4-S1 important expliquant la pathologie actuelle de lombosciatique gauche nécessitant des périodes de repos de plus en plus importantes; à terme, le médecin estime que la station debout prolongée nécessaire à l'activité professionnelle de l'assuré ne sera plus possible (pce 26);
- des résultats de radiographie du 14 septembre 2010 établis par le Dr C._____, indiquant que l'assuré présente une bascule pelvienne

à gauche de 3 cm, des petites discopathies lombaires moyennes et surtout une discopathie L5-S1 avec une petite arthrose articulaire postérieure sans anomalie au niveau de canal lombaire avec une petite scoliose à convexité gauche du point de vue statique; au niveau dorsal, le radiologue souligne une hypercyphose ostéophytique avec lésions discarthrosiques dorsales moyennes et une simple sinuosité à convexité droit compensatrice, ainsi qu'une tassement antérieur en D8, D9 et D10; au niveau cervical, le médecin fait mention d'une inflexion latérale gauche sans canal cervical étroit avec lésions discarthrosiques modérées prédominant en cervical bas (pce 27);

- un avis du 28 janvier 2011 émanant du service du contrôle médical régional français compétent, indiquant que l'assuré est inapte au travail et en incapacité totale d'exercer son métier dès le 1^{er} janvier 2011 (pce 47);
- un questionnaire à l'assuré rempli le 23 octobre 2011, dont il ressort que l'assuré a travaillé en tant que pizzaiolo indépendant du 1^{er} octobre 2006 au 23 septembre 2010, avant de cesser toute activité professionnelle en raison de maladie; il mentionne un salaire mensuel de EUR 1'500.- en travaillant 10 heures par jour (pce 25 pp. 4 à 8); il joint plusieurs avis d'arrêt de travail établi par le Dr B._____ pour la période allant du 23 septembre au 31 décembre 2010 (pce 25 pp. 15 à 17), ainsi qu'un certificat de radiation du répertoire des métiers du 6 octobre 2010 (pce 25 p. 18);
- un questionnaire pour indépendant du même jour, par lequel l'assuré indique avoir travaillé 50 heures par semaine comme pizzaiolo du 1^{er} octobre 2006 au 20 septembre 2010, et avoir eu beaucoup de difficultés depuis le mois d'août 2010 déjà; il joint ses déclarations d'impôts 2009, 2010 et 2011 indiquant un revenu imposable de EUR 28'375.--, respectivement de EUR 23'827.-- et EUR 15'427.-- (pce 25, pp. 1 à 3 et pp. 9 à 14);
- un formulaire E 213 du 21 novembre 2011, établi par le Dr D._____ sur la base d'un examen personnel de l'assuré, laquelle reconnaît celui-ci totalement incapable de travailler, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2011; la praticienne diagnostique chez l'assuré une polyarthrose invalidante (M 15) et estime que celui-ci ne peut plus rester en position assise et debout prolongée en raison d'une arthrose rachidienne évoluée avec discopathie lombaire entraînant des douleurs permanentes (pce 31).

D.

Dans une prise de position du 29 décembre 2011 du service médical de l'OAIE, la Dresse E._____, médecin interniste et spécialiste en oncologie, requiert un rapport rhumatologique et neurologique actualisé et des radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire (pce 33), constatant que la documentation médicale est trop succincte pour qu'elle puisse se prononcer valablement.

E.

Par courrier du 17 janvier 2012 (pce 38), l'assuré fait valoir une aggravation de son état de santé et invoque une maladie de longue durée reconnue par la sécurité sociale française. Dans le cadre de la procédure sont dès lors versées en cause les pièces suivantes:

- des résultats radiographiques du 9 novembre 2007 établis par le Dr F._____, (pce 61);
- des résultats radiographiques du rachis cervical du 8 août 2011 établis par le Dr G._____, indiquant chez l'assuré une lordose physiologique cervicale conservée et une ossification débutante du plan ligamentaire antérieur en C6-C7 avec condensation modérée étagée des massifs articulaires (pces 57 et 58);
- un rapport médical du 21 décembre 2011 établi par le Dr H._____, cardiologue, dont il ressort que l'assuré, hypertendu, a été hospitalisé pour une insuffisance ventriculaire gauche subaiguë lors d'une fibrillation auriculaire rapide, ne permettant à la sortie qu'une reprise d'activités modérées moyennes, la situation n'étant pas régularisée (pce 63);
- un bulletin d'hospitalisation du Dr H._____, indiquant que l'assuré a été hospitalisé du 5 au 9 décembre 2011 (pce 64);
- un protocole de soins illisible du 26 décembre 2011 établi par le Dr B._____, (pce 48 et 80);
- un rapport médical et des radiographies du 29 mars 2012 établis par le Dr C._____, indiquant une bascule pelvienne de 26 mm à gauche au niveau du bassin, des lésions lombo-discarthrosiques bien marquées en L5-S1 avec hyper angulation lombo-sacrée, une arthrose articulaire postérieure et une petite scoliose à convexité gauche et vertèbre au sommet L3, ainsi qu'un canal lombaire limite; il

note l'absence de tassement vertébral au niveau lombaire; au niveau dorsal, le médecin retient des lésions d'hyper cyphose avec ostéophytose pré-vertébrale, une petite cunéisation dégénérative des corps vertébraux, ainsi qu'une attitude scoliotique à convexité droite compensatrice; au niveau cervical, le Dr C._____ note des lésions cervicarthrosiques postérieures plutôt articulaires, ainsi qu'une déminéralisation osseuse (pces 52 et 54);

- un rapport médical du même jour du Dr I._____, chirurgien orthopédique, constatant une cyphose dorsale avec une gibbosité à droite au niveau lombaire, une inégalité de longueur des membres inférieurs, des signes de la sonnette en regard de la vertèbre L5, une cyphose scoliose dorsale modérée, ainsi que l'absence de signe neurologique (pce 53);
- un certificat du 25 avril 2012 établi par la Dresse J._____, rhumatologue, dont il ressort que l'assuré souffre d'une arthrose lombaire assez marquée et présente un décalage des membres inférieurs compatibles avec sa scoliose lombaire convexe; elle mentionne également que l'assuré présente des points douloureux inter-épineux en L4-L5, L5-S1 et des points douloureux articulaires postérieurs à droite associés à une arthrose apophysaire postérieure lombaire basse étagée avec un baastrup et à des discopathies L4-L5 L5-S1, ainsi qu'une dorsarthrose moyenne avec une ostéophytose antérieure (pce 51);
- un compte rendu d'un examen médical de l'assuré du 9 mai 2012, établi par le Dr D._____, médecin conseil du régime social des indépendant (RSI), indiquant que l'assuré, traité pour un trouble cardiaque survenu en janvier 2012, se plaint d'asthénie et de douleurs articulaires cervicales et dorsolombaires; la praticienne, relevant l'absence d'insuffisance cardiaque au moment de l'examen, procède à un nouvel examen de l'assuré et constate que, d'un point de vue rhumatologique, l'examen retrouve des amplitudes articulaires semblables à celles observées en novembre 2011 dans le cadre du formulaire E 213; la praticienne estime que l'état d'asthénie s'est majoré depuis le mois de novembre 2011 (pce 59).

F.

Dans une prise de position du 25 juillet 2012 du service médical de l'OAIE, la Dresse E._____ retient que l'assuré présente principalement une spondylarthrose à prédominance dorsale avec cyphose-scoliose et

une inégalité de longueur des membres inférieurs et lombalgies secondaires, qui l'empêchent de travailler en tant que pizzaiolo à plus de 20%. La praticienne estime toutefois que l'assuré peut encore exercer des activités adaptées à 80%, dans les services collectifs et personnels, dans le commerce en général et dans le commerce de détail (pce 71).

G.

Par projet de décision du 24 août 2012, l'OAIE propose le rejet de la demande de prestations AI de l'assuré, au motif que celui-ci reste apte à travailler à 80% dans des activités légères adaptées à ses limitations fonctionnelles, malgré une incapacité de travail de 80% en tant que pizzaiolo dès le 30 septembre 2010 (pce 75). Dans une évaluation de l'invalidité du 21 août 2012 faite selon la méthode générale, l'OAIE retient que l'assuré présente un taux d'invalidité de 35%, en tenant compte d'un abattement de 20% sur le salaire invalide.

H.

Par opposition du 19 septembre 2012, A._____ invoque être incapable de travailler en raison de son état cardiaque qui lui impose d'éviter tout stress. Il précise qu'il est à la retraite en France et qu'il ne lui est pas possible, au vu de son éloignement géographique, de son âge et du taux de chômage élevé de trouver un travail même léger dans son pays de résidence (pce 81). L'assuré verse, outre des pièces déjà au dossier, un bref rapport cardiologique du 21 septembre 2012 établi par le Dr K._____, lequel indique que l'assuré présente une maladie rythmique auriculaire dans un contexte d'hypertension artérielle pris en charge au titre de longues maladies et rendant l'intéressé inapte à la reprise du travail (pce 76).

I.

Par décision du 11 octobre 2012, l'OAIE rejette la demande de rente d'invalidité déposée par l'assuré, au motif que celui-ci reste apte malgré son atteinte à la santé à travailler dans des activités adaptées à 80%, entraînant une perte de gain de 35%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'autorité inférieure estime que les pièces produites en procédure d'audition ne permettent pas de revenir sur le projet de décision, le Dr K._____ faisant état d'une atteinte déjà prise en compte par son service médical. Répondant aux remarques d'ordre économique émises par l'assuré en procédure d'audition, l'OAIE souligne que l'assurance invalidité suisse n'a pas à répondre de facteur étranger à l'invalidité (pce 82).

J.

Le 13 novembre 2012, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal ou le TAF), concluant à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 23 août 2011. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle décision au sens des considérants et demande l'octroi d'un délai supplémentaire pour déposer un mémoire complémentaire de recours et à pouvoir consulter le dossier de la cause. D'autre part, le recourant invoque une instruction insuffisante des faits et une interprétation arbitraire de ceux-ci (TAF pce 1).

K.

K.a Par ordonnance du 3 décembre 2012, le Tribunal invite le recourant à produire jusqu'au 10 décembre 2012 une procuration autorisant Maître Rolf A. Tobler à le représenter en justice et lui transmet le dossier de la cause pour consultation à retourner dans le même délai (TAF pce 4). Par courrier du 4 décembre 2012, le représentant du recourant fait parvenir une procuration dûment signée l'autorisant à représenter l'intéressé dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 5).

K.b Par décision incidente du 12 décembre 2012, le Tribunal rejette la requête du recourant tendant à obtenir un délai supplémentaire pour compléter son recours (TAF pce 6).

L.

Par réponse du 17 avril 2013, l'OAIE conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, considérant qu'aucun élément n'a été avancé par le recourant, permettant de mettre en doute les conclusions de son service médical desquelles il ressort que l'assuré, bien qu'incapable d'exercer son activité habituelle, est resté apte à travailler à 80% dans des activités légères adaptées, entraînant une perte de gain de 35% insuffisante pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité (TAF pce 9).

M.

M.a Par décision incidente du 30 avril 2013, le Tribunal invite le recourant à déposer une réplique et à verser une avance sur les frais de procédure d'un montant de Fr. 400.-- jusqu'au 30 mai 2013 (TAF pces 12 et 13).

M.b Faisant suite à la demande de prolongation du recourant du 29 mai 2013, le Tribunal, par décision incidente du 3 juin 2013, prolonge le délai pour verser l'avance de frais jusqu'au 10 juin 2013. Le 5 juin 2013, le recourant verse la somme de Fr. 400.-- sur le compte du Tribunal (TAF pces 14 à 17).

N.

Par réplique du 29 mai 2013, le recourant confirme ses conclusions et reproche à l'autorité inférieure de n'avoir pas soumis l'assuré à un examen médical en Suisse, alors même que les documents médicaux versés en cause attestent d'une maladie cardiaque l'empêchant de reprendre le travail, dont l'autorité inférieure et son service médical n'a pas tenu compte dans le cadre de sa décision (TAF pce 14).

O.

Par duplique du 9 septembre 2013, l'OAIE maintient ses précédentes conclusions, constatant qu'aucun élément ne lui permet de modifier sa prise de position (TAF pce 19).

P.

Par ordonnance du 18 septembre 2013, le Tribunal porte un double de la duplique de l'autorité inférieure à la connaissance du recourant. Celui-ci ne réagit pas dans le délai imparti (TAF pce 20).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les

dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et le recourant s'étant acquitté de l'avance de frais requise par le Tribunal dans le délai imparti (TAF pces 12 à 17), le recours est recevable.

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, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 155, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^e éd., Zurich 2013, n. 154 ss).

3.

3.1 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, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part

(ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI). Sont ainsi également applicables le 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) et le 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_455/2011 du 4 mai 2012).

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

3.3 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement (CEE) n° 883/2004).

4.

4.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (pro rata temporis; ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012. Toutefois les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive qu'il y soit fait référence. Il sied toutefois de noter que les principes légaux

et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification déterminante dans le cas d'espèce avec l'introduction du nouveau droit.

4.2 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 18 juin 2011 (six mois après le dépôt de la demande; pce 20) jusqu'au 11 octobre 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf).

5.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI, étant précisé que les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse [cf. art. 45 et 51 par. 1 du règlement (CEE) n°883/2004]). Or, en l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (cf. *supra* let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

6.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.3 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

6.4 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). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n°987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

7.

7.1 Le recourant a travaillé en Suisse durant un peu plus de cinq ans, entre 1987 et 1997. Il a ensuite exercé en France la profession de pizzaiolo itinérant à titre d'indépendant jusqu'au 30 septembre 2010 (cf. *supra* let. A). Il n'a plus retravaillé depuis lors.

7.2 La notion d'invalidité telle qu'elle résulte de l'art. 8 LPGA et de l'art. 4 LAI est de nature économique et juridique, et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Autrement dit, l'assurance-invalidité couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non l'atteinte à la santé en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est ainsi fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA aux termes duquel le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

7.3 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 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.4 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. 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).

7.5 Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et réf. cit.).

8.

8.1 En l'espèce, le tableau clinique est clair. En effet, il ressort des pièces au dossier que A._____ souffre de polyarthralgies chroniques au niveau lombaire et cervical (cf. le formulaire E 213 du 21 novembre 2011; pce 31). Selon les médecins, l'assuré présente une spondylarthrose lombaire et dorsale avec cypho-scoliose et inégalité de longueur des membres inférieurs. En particulier, les radiographies font état d'un tassement vertébral avec pincement discal L4-S1, de petites discopathies lombaires moyennes et d'une discopathie L5-S1; au niveau cervical, les médecins mentionnent des cervicathroses avec tassement antérieur de D8 à D10, une lordose physiologique cervicale conservée et une ossification débutante du plan ligamentaire antérieur en C6-C7 avec condensation modérée étagée des massifs articulaires (pces 26, 27, 51 à 58). Par ailleurs, il est avéré que l'assuré, souffrant d'hypertension artérielle, a dû être hospitalisé du 5 au 9 décembre 2011 pour une insuffisance ventriculaire gauche subaiguë lors d'une fibrillation auriculaire rapide (cf. le rapport médical du 21 décembre 2011 du Dr H._____; pce 63).

8.2 S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré, les médecins traitants ne se prononcent pas. Par contre, le Dr D._____,

médecin conseil de la sécurité sociale française, dans un formulaire E 213 du 21 novembre 2011 (pce 31), retient que l'assuré est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle comme dans toute autre activité professionnelle en raison d'une polyarthrose invalidante (M 15). Il estime que l'intéressé ne peut plus rester en position assise et debout prolongée en raison d'une arthrose rachidienne évoluée avec discopathie lombaire entraînant des douleurs permanentes. Suite à un second examen de l'assuré le 9 mai 2012, le médecin conseil confirme ses précédentes constatations du point de vue rhumatologique et relève que l'assuré est traité suite à un épisode de fibrillation auriculaire; il fait état d'une asthénie majorée depuis sa dernière prise de position (pce 59).

9.

9.1 L'OAIE rejette la demande de prestations AI déposée par A._____, sur la base d'une prise de position de son service médical du 25 juillet 2012. La Dresse E._____, se référant au rapport du 31 août 2012 du Dr B._____ qui estime la station debout prolongée difficile et aux rapports médicaux des Drs I._____ et J._____ (pces 51 et 53), retient que A._____, bien qu'incapable à 80% d'exercer son activité habituelle de pizzaiolo itinérant reste capable d'effectuer des activités essentiellement assises sans port de lourdes charges, comme caissier, magasinier, surveillant de parking dès le 30 septembre 2010 (pce 71).

S'agissant de l'atteinte cardiaque, la Dresse E._____ estime qu'elle n'a pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. Le rapport cardiologique du 21 septembre 2012 Dr K._____ (pce 76), versé en cause dans le cadre de la procédure d'audition et faisant état d'une inaptitude au travail en raison de sa maladie rythmique auriculaire ne lui a toutefois pas été soumis par l'OAIE qui estime que les éléments rapportés par le cardiologue ont déjà été pris en compte dans le cadre de sa prise de position (pce 82).

9.2 De son côté, le recourant invoque être incapable de travailler en raison de son état cardiaque qui lui impose d'éviter tout stress. Outre des considérations d'ordre économique, l'intéressé conteste être apte à effectuer des tâches plus légères même à 80%, invoquant que l'autorité inférieure a négligé de prendre compte des documents médicaux importants pour juger de son invalidité et notamment du certificat du Dr K._____ le déclarant inapte au travail en raison de son trouble cardiaque (pce 81, TAF pces 1 et 14).

10.

10.1 Premièrement, le Tribunal rappelle que selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

10.2 En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6).

10.3 Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal

fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

11.

11.1 En l'espèce, les médecins traitants, tout comme le service médical de l'OAIE, estiment que l'assuré ne peut plus exercer son activité habituelle de pizzaiolo itinérant, respectivement qu'il présente une incapacité de travail de 80% dans cette activité, en raison de ses troubles rhumatologiques qui empêchent une position debout prolongée (cf. le rapport du Dr B._____ [pce 26], le formulaire E 213 [pce 31], ainsi que la prise de position du 25 juillet 2012 de la Dresse E._____ [pce 71]).

11.2 Par contre, les avis médicaux divergent largement s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressé dans ses activités habituelles et s'agissant de sa capacité à effectuer des travaux en position assise prolongée ou en position alternée. En effet, d'une part, il ressort d'un bref rapport cardiologique du 21 septembre 2012 du Dr K._____ que l'assuré est inapte au travail au titre de longue maladie (pce 76), et du formulaire E 213 établi par le Dr D._____, médecin conseil en France, que l'assuré ne peut plus tenir de position assise ou debout prolongée et ne peut ainsi plus exercer aucune activité professionnelle. D'autre part, le service médical de l'OAIE, à l'examen des pièces au dossier, déclare l'assuré apte à exercer à 80% une activité professionnelle légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment celles permettant une position alternée ou assise (pce 71).

11.3 Dès lors, il s'agit de comparer les avis du Dr D._____ et du Dr K._____ avec celui de la Dresse E._____. Or, premièrement, le Tribunal constate que le Dr D._____ a effectivement examiné l'assuré, a rempli le formulaire E 213 de manière complète et a livré des conclusions cohérentes avec ses constatations, si l'on considère qu'il décrit des limitations du rachis lombaire et cervical, ainsi que des mouvements raides à l'examen neurologique et des réflexes non retrouvés au niveau des membres inférieurs. Deuxièmement, s'agissant de la prise de position de la Dresse E._____, le Tribunal remarque qu'elle n'explique aucunement pour quelles raisons elle s'écarte des conclusions ressortant du formulaire E 213, les deux rapports du Dr D._____ n'étant à aucun moment mentionnés ou discutés dans le cadre de son examen. La Dresse E._____, au demeurant médecin généraliste et oncologue, se contente de retenir que des activités essentiellement assises sans port de lourdes charges sont exigibles à

80%, sans fournir aucune explication permettant de justifier son appréciation.

11.4 De plus, le Tribunal relève qu'au niveau cardiologique, on ne dispose que d'informations succinctes quant à l'évolution de la pathologie de l'assuré survenue en décembre 2011 et quant à son influence sur sa capacité de travail. En effet, au dossier se trouve uniquement un rapport d'hospitalisation, ainsi qu'un bref rapport de son cardiologue qui le déclare inapte au travail, sans mentionner de limitations fonctionnelles ou de symptômes invalidants. Le Dr D._____ indique encore dans son compte rendu du 9 mai 2012 que l'assuré est traité pour son trouble cardiaque, mais que malgré une asthénie majorée par rapport au mois de novembre 2011, l'assuré ne présente pas de signes d'insuffisance cardiaque. Quant au médecin de l'OAIE, elle se contente de classer le trouble rythmique auriculaire de l'assuré dans la catégorie des "diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail", sans indiquer les raisons qui l'ont poussé à cette appréciation. Le Tribunal note de plus que le – certes bref - rapport cardiologique du Dr K._____ déclarant l'assuré inapte au travail du 21 septembre 2012, n'a pas été soumis au service médical de l'OAIE.

12.

12.1 Par conséquent, au vu des divergences qui subsistent quant à l'appréciation des limitations fonctionnelles de l'assuré et de sa capacité de travail, le Tribunal ne saurait privilégier l'une ou l'autre de ces appréciations, aucune ne présentant une valeur probante supérieure à l'autre, ce d'autant que, la Dresse E._____ n'est pas spécialisée en rhumatologie ou cardiologie et n'indique en aucune manière pour quelles raisons elle s'écarte des conclusions du Dr D._____, seul médecin français ayant examiné l'assuré et se prononçant complètement sur sa capacité de travail.

12.2 Partant, il convient d'admettre partiellement le recours du 13 novembre 2012, d'annuler la décision du 11 octobre 2012 et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément l'instruction, considérant que les contradictions des rapports médicaux au dossier et, s'agissant de l'atteinte cardiologique, de leur manque de précision ne permettent pas d'établir clairement l'état de santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de A._____ dans des activités de substitution. Dès lors, l'autorité inférieure devra notamment, avant de se prononcer à nouveau, requérir des médecins traitants de l'assuré des

rapports médicaux détaillés et actualisés, notamment auprès de son cardiologue et soumettre ensuite l'assuré à une expertise rhumatologique et cardiologique en Suisse (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3 à propos du choix des domaines d'expertise utiles).

12.3 Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, en raison de l'importance des lacunes constatées, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.1) de faire droit à la conclusion subsidiaire du recourant, et de renvoyer la cause à l'OAIE, afin qu'elle procède aux mesures d'instruction précitée ou à tout autre examen nécessaire à la clarification de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

13.

13.1 Le recours de A._____ étant partiellement admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais versée par le recourant, d'un montant de Fr. 400.--, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

13.2 Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 2'800.-- (sans TVA) en raison de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle a nécessité et du temps que l'avocat y a consacré (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 11 octobre 2012 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure d'un montant de Fr. 400.-- sera remboursée au recourant dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité à titre de dépens d'un montant de Fr. 2'800.-- à charge de l'autorité inférieure est attribuée au recourant.

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 (Recommandé)

La présidente du collège : La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Audrey Bieler

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions des articles 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: