



Cour III
C-6421/2013

Arrêt du 27 juin 2014

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
Daniel Stufetti, Franziska Schneider, juges,
Yann Grandjean, greffier.

Parties

X. _____,
représenté par José Nogueira Esmoris,
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 9 octobre 2013).

Faits :**A.**

X._____ (ci-après: l'intéressé ou le recourant) est un ressortissant espagnol né le (...) 1953 et domicilié en Espagne. Il a travaillé comme plâtrier en Suisse durant les années 1971 à 1974 et 1980 à 2006 et en Espagne durant les années 1967 à 1971, 1978 à 1980 et, comme indépendant, durant les années 2006 à 2013 (not. pce 5/2, 17/6 et 33/2 ss). Selon ses déclarations, il a pu travailler sans restriction jusqu'en 2009 et il a cessé de travailler le 27 septembre 2011 (pces 17/3 et 17/6).

B.

Par acte du 21 février 2013, l'intéressé a déposé une demande de prestations d'invalidité sous la forme d'une rente par l'intermédiaire de l'organe espagnol de liaison (formulaire E204; pce 4).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE ou l'autorité inférieure) a versé au dossier notamment les pièces suivantes:

- une fiche d'admission aux urgences du 13 juin 2011 du Dr A._____ selon laquelle, le 5 juin 2011, après avoir soulevé un sac contenant des déchets, l'intéressé a commencé à ressentir une douleur dans certains mouvements et un hématome s'est formé sur son bras gauche. L'intéressé prend du Sintrom®, de la Simvastatine®, du Renitec® et de la Metformine®; il présente des antécédents de tendinite calcifiée à l'épaule gauche. A l'examen, un important hématome sur la face latérale de la région brachiale gauche est constaté; les manœuvres de l'épaule sont normales et les tests de Neer et Hawkins sont négatifs. Un examen radiographique ne note aucune lésion osseuse apparente. Au final, la fiche signale une impression de déchirure du biceps gauche dans la région brachiale sans compromission des portions courte et longue du biceps. Enfin, en raison de son traitement (Sintrom®), on ne peut pas donner à l'intéressé d'autres médicaments et il est relevé que l'hématome est dû au médicament anticoagulant (pce 19/1 et 19/2);
- un rapport de consultation du 5 juillet 2011 du Dr B._____, cardiologie, notant, comme facteurs de risque, une dyslipidémie, une hyperglycémie et une obésité centrale (95 kg/172 cm/BMI 32.11) et signalant un antécédent de chirurgie valvulaire, à savoir la substitution d'une valve par une prothèse mécanique en position aortique le 12 novembre 2009. Le rapport mentionne qu'à la date de la consultation

l'intéressé a repris son travail de plâtrier, qu'il est asymptomatique suite au remplacement valvulaire en 2009 et qu'il y a une légère insuffisance prothétique selon un électrocardiogramme de 2010; il mentionne également qu'au 24 juin 2010 un électrocardiogramme-doppler avait mis en évidence un ventricule gauche de taille et de morphologie normales et un grossissement septal asymétrique et non obstructif de degré léger. La fonction systolique du ventricule gauche était normale; il y avait un flux mitral (transmitral) de relaxation (relajación) prolongé. Le ventricule droit était de taille et de morphologie normales et présentait une fonction systolique normale. Il était relevé une prothèse aortique mécanique avec une insuffisance périprothétique sans sténose de degré léger. Une insuffisance valvulaire mitrale triviale et une insuffisance valvulaire tricuspидienne de degré léger (1/4) étaient aussi notées. Il n'y avait ni hypertension artérielle pulmonaire ni épanchement péricardique. Un examen par cathétérisme cardiaque le 19 novembre 2009 avait relevé des artères coronaires avec dominance droite sans lésions significatives. Le rapport relève que le patient poursuit la médication prise précédemment et prévoit une révision du cas trois ans plus tard. Il ne s'exprime pas sur la capacité de travail, mais contient des recommandations pour l'alimentation et le comportement (par exemple éviter de grands efforts; pce 20);

- un rapport d'examen par échographie articulaire du 20 septembre 2011 du Dr C._____ diagnostiquant une rupture partielle étendue des deux tendons supra-épineux des deux côtés. Le rapport note un absence de recouvrement complet de la tête humérale droite par le tendon supra-épineux, avec des irrégularités corticales osseuses, et nonobstant l'existence de fibres tendineuses sur la tubérosité majeure. Les examens échographiques sont compatibles avec une rupture totale de l'épaisseur et incomplète de la largeur du tendon supra-épineux droit. A l'examen échographique complémentaire de l'épaule gauche, on visualise les mêmes résultats, dans ce cas, de moindre longueur. Il y a une présence abondante de liquide dans les deux bourses sous-acromiales et sous-deltoïdiennes. L'échostructure du tendon de la longue portion du biceps (gauche) et du tendon du muscle sous-scapulaire et sous-épineux droit est conservée (pce 21);
- deux fiches de traitement des 27 janvier et 6 août 2012 indiquant que l'intéressé est traité notamment par physiothérapie (pces 22 et 23);
- un rapport médical du 7 mai 2012 du Dr D._____, chirurgien orthopédique et traumatologue, qui rappelle les antécédents et les traite-

ments de l'intéressé et relève qu'au moment de l'examen clinique il y a une déformation avec une rétraction évidente du ventre musculaire (vientre muscular) du biceps brachial gauche avec des manœuvres positives du conflit (impactación) sous-acromial sur les deux épaules (Hawkins, Yokum, Jobe) et une manœuvre positive pour le muscle sous-scapulaire gauche (Lift-off). La mobilité est limitée dans la rotation et l'abduction actives des deux épaules. Un examen radiographique complémentaire révèle une bonne relation gléno-humérale avec des évolutions dégénératives du trochiter et de l'articulation acromioclaviculaire des deux épaules. Un examen échographique (date et auteur inconnus) révèle quant à lui, à l'épaule droite, une rupture massive et chronique du tendon supra-épineux, avec une importante rétraction du ventre musculaire. Les images sont compatibles avec une rupture partielle, de degré sévère, du tendon de la longue portion du biceps (gauche), à caractère chronique. On note la présence de liquide dans le récessus articulaire postérieur et une suspicion d'épanchement. A l'épaule gauche, il y a une rupture sur l'épaisseur complète du tendon du supra-épineux, de probable nature subaiguë, en raison de la faible rétraction du ventre musculaire et la présence de liquide dans la gaine (lecho) de celui-ci et dans la bourse sous-acromiale. On n'identifie pas le segment proximal du tendon du biceps dans sa coulisse (corredera; sillón intertuberculaire).

Compte tenu du dossier, le médecin conclut que les lésions de l'intéressé ont un lien certain, direct et causal avec l'effort développé durant son travail. Il est également certain qu'il existe des lésions de caractère chronique et que celles de l'épaule droite sont antérieures à l'accident qui les a cependant aggravées. A l'épaule gauche, les lésions peuvent être considérées comme consécutives à l'accident en raison de l'hématome qui s'est formé après ce dernier selon le rapport des urgences, ce qui indique une rupture aiguë. Le liquide péri-tendineux observé dans l'étude échographique et la rétraction évidente et claire du ventre musculaire du biceps brachial sont les signes indubitables d'une rupture de la portion longue de ce dernier (pce 24).

Ce rapport est complété par une note du 29 août 2012 selon laquelle il est possible d'effectuer une intervention arthroscopique et, au vu des constatations alors faites, d'effectuer une technique chirurgicale adéquate (décompression sous-acromiale, suture de la coiffe des rotateurs, etc.). Cette intervention viserait l'amélioration de la fonctionnalité et de la symptomatologie du patient et non la reprise de son

travail habituel (pce 26/1). Une liste des traitements prescrits à l'intéressé, notamment du Sintrom®, est jointe à cette note (pce 26/2);

- un rapport d'examen par échographie des deux épaules du 9 mai 2012 de la Dresse E. _____ qui relève notamment des évolutions dégénératives dans les deux têtes humérales et dans les articulations acromio-claviculaires, la présence d'une rupture de l'épaisseur complète (massive à l'épaule droite) du tendon supra-épineux des deux côtés. La rupture du tendon du supra-épineux droit présente des signes clairs de chronicité, avec une rétraction sévère du ventre musculaire (ventre muscular) et ascension de la tête humérale, qui est pratiquement en contact avec l'acromion. A l'épaule gauche, la rupture tendineuse pourrait avoir une nature subaiguë, étant donné qu'il y a un retrait limité des fibres musculaires et une quantité modérée de liquide dans la coulisse (du tendon) et dans la bourse sous-acromiale. On n'identifie pas le segment proximal du tendon du biceps gauche dans la coulisse humérale (sillon intertuberculaire). A l'épaule droite, on perd la définition des fibres du tendon du biceps sur la tête de l'humérus. Les examens suggèrent une rupture probable des deux structures tendineuses de degré important et de nature chronique qui pourrait être complète à l'épaule gauche. Le rapport note enfin la présence de liquide dans le récessus articulaire postérieur de l'épaule droite qui laisse suspecter l'existence d'un épanchement articulaire. A l'examen, il n'y a pas de suspicion d'épanchement articulaire à l'épaule gauche (pce 25);
- un rapport médical E213 du 10 avril 2013 de la Dresse F. _____ qui rappelle, chez un patient conscient et orienté, présentant un bon état général et collaborant, la pose d'une prothèse aortique en 2009, un traitement au Sintrom®, un diabète de type II traité par antidiabétique oral et des tendinites calcifiées de l'épaule gauche. Actuellement, l'intéressé se plaint de douleurs dans les deux épaules pour soulever des charges et lever les deux bras, mais qui ne nuisent pas à son sommeil. Il n'y a pas de plainte de douleur dans la colonne vertébrale ni dans les membres inférieurs. Le rapport relève que l'intéressé, droitier, peut se déshabiller sans difficulté par la tête. La mobilité de l'épaule droite est complète. A l'épaule gauche, il y a des douleurs dans les derniers degrés lors de l'abduction et de l'antépulsion. Il n'y a pas d'atrophie des muscles des membres supérieurs et leur force est mesurée à 5/5. La manœuvre de Jobe est négative. A l'examen neurologique, la motricité (force et tonus musculaire) et la marche sont normales.

Le rapport E213 rapporte une échographie du 2 mai 2012 des deux épaules qui conclut à une rupture complète du tendon supra-épineux droit et d'une rupture partielle du supra-épineux gauche et du sous-épineux droit.

Le rapport pose les diagnostics suivants: rupture complète du tendon supra-épineux et partielle du tendon sous-épineux droits (à l'épaule), rupture partielle du tendon sous-épineux gauche, status après la pose d'une prothèse aortique en 2009, traitement au Sintrom®, diabète mellitus de type II traité par antidiabétique oral. Le rapport mentionne comme référence au CIM: maladies des insertions tendineuses et syndromes apparentés (CIM-9 726). Le rapport note que la situation clinique et l'examen sont sans changement (sans autre précision); il n'y a actuellement aucun traitement ni de chirurgie prévue. Le médecin ne peut pas se prononcer quant à une amélioration de l'état de santé.

Les atteintes ne permettent pas à l'intéressé des activités nécessitant l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale de manière maintenue et la manipulation de charges avec les membres supérieurs. Le rapport atteste par conséquent d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier et d'une capacité de travail à temps plein dans une activité adaptée tenant compte d'une limitation fonctionnelle excluant la flexion, le levage et le port fréquents de charges. L'invalidité est totale pour la dernière activité selon la législation espagnole (pce 6);

- un questionnaire à l'assuré du 15 mai 2013 dans lequel l'intéressé indique avoir débuté une activité de plâtrier en mars 2006 et avoir dû l'interrompre du 12 novembre 2009 jusqu'en août 2010 et qu'il a cessé de travailler dès le 27 septembre 2011 (pce 17/1 ss);
- un questionnaire pour indépendants également du 15 mai 2013 qui indique dans lequel l'intéressé indique qu'il a pu travailler comme plâtrier sans restriction jusqu'en 2009 (pce 17/6 ss);
- trois déclarations d'impôt de l'intéressé pour les années 2012 (pce 17/10 ss, spéc. 12), 2011 (pce 17/23 ss, spéc. 25) et 2010 (pce 17/35 ss, spéc. 37) dont il ressort que son revenu était pour ces trois exercices respectivement de 17'678.61 euro, 1'826.48 euros et 0 euro.

C.

Par prise de position médicale du 25 juin 2013, le médecin du Service médical régional (ci-après: le SMR), le Dr G._____, spécialiste FMH en médecin générale, a retenu le diagnostic principal avec répercussion sur la capacité de travail de périarthropathies des deux épaules sur altérations post-traumatiques et dégénératives (CIM-10 M75.1 Rupture [complète ou incomplète] du supra-épineux). A titre de diagnostics associés ayant une répercussion sur la capacité de travail, le médecin du SMR mentionne une cardiopathie valvulaire chronique et un status après le remplacement de la valve aortique le 12 novembre 2009. Le rapport conclut à une incapacité de travail à 80% dans l'activité habituelle (de plâtrier) et une capacité totale de travail dans une activité de substitution dès le 27 septembre 2011. Les limitations fonctionnelles à l'activité professionnelle à prendre en compte sont les suivantes: pas de port de charges de plus de 3 kg, pas de travaux lourds, pas d'exposition au froid ni à l'humidité, pas de travaux au-dessus de la hauteur des épaules. A titre d'exemples d'activités de substitution exigibles, le rapport propose: surveillant de parking ou de musée; la vente par correspondance; vendeur de billets; la distribution de courrier interne, commissionnaire; l'accueil, réceptionniste; standardiste, téléphoniste; la saisie de données, le scanage.

Le médecin relève que l'assuré a dû cesser son travail habituel à cause de douleurs aux deux épaules elles-mêmes consécutives à des lésions des tendons qui l'empêchent de forcer sur les bras. Ainsi il ne peut pas actuellement exécuter son travail habituel au vu des douleurs et de la mobilité réduite des épaules. Il est prévu une intervention chirurgicale pour améliorer la fonctionnalité mais pas dans le but de reprendre son travail qui demande aux épaules des efforts importants. Un travail léger sans forcer les épaules peut toujours être exécuté. Le rapport estime nécessaire une révision en mai 2016 (pce 36).

D.

Le 24 juillet 2013, l'autorité inférieure a procédé à l'évaluation de l'invalidité économique de l'intéressé selon la méthode générale. Il est relevé que l'intéressé a exercé l'activité de plâtrier indépendant, selon les pièces, jusqu'au 27 septembre 2011, soit sans restriction jusqu'en 2009 (pces 6, 17/1 et 17/6), soit du 7 mars 2008 au 14 février 2013 (pce 5/1). L'évaluation se fonde sur l'Enquête suisse sur les salaires 2010 de l'Office fédéral de la statistique pour le revenu sans invalidité et pour le revenu d'invalidé, les données statistiques espagnoles n'étant pas jugées fiables et représentatives. Pour le revenu sans invalidité, il est retenu un salaire mensuel

brut pour un travailleur dans les travaux de construction spécialisés (pour un travailleur ayant des connaissances professionnelles spécialisées, niveau de qualification 3) de 5559 francs pour 40 heures hebdomadaires et de 5753.57 francs pour 41.4 heures hebdomadaires en 2010. Pour le revenu d'invalidé, l'autorité inférieure retient un panel de professions compatibles avec les activités de substitution proposées par son service médical avec les revenus mensuels bruts correspondant, chaque fois pour des tâches simples et répétitives (niveau de qualification 4), à savoir dans les autres services personnels (4256 francs), dans le commerce de détail (4508 francs) et dans les activités administratives de soutien aux entreprises (4400 francs), soit une moyenne de 4388 francs. Les revenus mentionnés étant valables pour 40 heures hebdomadaires, l'autorité inférieure les adapte ensuite à l'horaire usuel du secteur tertiaire en 2010 de 41.7 heures hebdomadaires pour aboutir à un revenu mensuel brut de 4574.49 francs. De ce montant est déduit un abattement de 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, de l'âge (58 ans) et du manque de formation pour retenir 3659.59 francs pour une activité à 100%. Le taux d'invalidité est ainsi de 36% ($[(5753.57 - 3659.59) / 5753.57] \times 100 = 36.39$, arrondis à 36) dès le 27 septembre 2011 dans une activité de substitution (pce 37).

E.

Par projet de décision du 22 août 2013, l'autorité inférieure a informé l'intéressé qu'elle entendait rejeter sa demande de prestations. Elle fait valoir qu'il existe une atteinte à la santé qui provoque les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travaux lourds, pas de ports de charge de plus de 3 kg, pas d'exposition au froid ni à l'humidité et pas de tâches nécessitant de lever les bras au-dessus du niveau des épaules. L'incapacité de travail dans la dernière activité exercée de plâtrier est de 100%. En revanche, l'incapacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles est de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 36% (pce 39).

F.

Par opposition du 25 septembre 2013, l'intéressé, par l'intermédiaire de son représentant, M^e J. Nogueira Esmorís, a contesté le projet de décision du 22 août 2013 et conclu à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement d'une rente partielle. Le recourant fait valoir que ses atteintes à la santé l'ont empêché d'accéder au marché du travail et ont diminué sa capacité de gain d'au moins 50%. Selon l'intéressé, il souffre d'une rupture complète du tendon supra-épineux droite et d'une rupture partielle grave du tendon supra-épineux gauche, limitant les manœuvres d'impaction

acromiale (recte: sous-acromiale) des deux épaules et la mobilité en rotation et en abduction des épaules. Ces lésions empêchent l'élévation de ses bras, avec des douleurs et une limitation fonctionnelle. Le recourant fait également valoir qu'il présente une cardiopathie avec comme facteurs de risque une dyslipidémie, une hyperglycémie et une obésité centrale, suivie par le service de cardiologie du centre hospitalier universitaire de (...) et qu'il est traité avec du Sintrom®, avec comme complication un diabète de type II. Il s'ensuit un traitement médical avec suivi médicamenteux. Il avance que ses pathologies lui donnent droit à une rente d'invalidité de 75% en Espagne (pce 40). A l'appui de sa détermination, il produit des documents médicaux figurant déjà au dossier.

G.

Par décision du 9 octobre 2013, l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'intéressé. Elle reprend la motivation développée dans son projet du 25 septembre 2013 (cf. pce 39) et la complète en indiquant que la documentation produite en procédure d'audition figurant déjà au dossier (cf. pces 19, 20, 21, 23, 24, 25 et 26) n'est pas susceptible de remettre en cause du projet de décision susmentionné.

S'agissant de l'invalidité permanente totale basée sur une incapacité de travail de 75% reconnue en Espagne, l'autorité inférieure rappelle que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne lient pas l'assurance-invalidité suisse et que l'invalidité, selon le droit suisse, n'est pas constituée par l'atteinte à la santé en tant que telle, mais pas les répercussions de cette atteinte sur la capacité de gain (pce 49).

H.

Par acte du 11 novembre 2013 (date du timbre postal), l'intéressé, par l'intermédiaire de son représentant, a déposé un recours contre la décision du 9 octobre 2013. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière, de trois quarts de rente, d'une demi-rente ou d'un quart de rente. A l'appui de son recours, il réitère l'argumentation développée en procédure d'audition (cf. pce 40), cite de larges extraits du rapport médical du 7 mai 2012 du Dr D._____ (cf. pce 24) et affirme qu'en raison de la gravité de ses pathologies il ne peut plus lever les bras au-dessus des épaules, ne peut soulever de charges, ni effectuer de rotation ou d'abduction (des épaules) ce qui limite sa capacité de travail et bien sûr sa capacité de gain (pce TAF 1). Outre des documents figurant déjà au dossier, le recourant produit une décision de la sécurité sociale espagnole du 4 mars 2013 reconnaissant une invalidité totale dès le 14 février 2013 (cf. ég. pce 17/7) et réservant une révision un an plus tard.

I.

Par réponse du 15 janvier 2014, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle rappelle la motivation de la décision attaquée, à savoir que sur la base de la documentation versée au dossier, son service médical avait retenu, dans son appréciation du 26 juin 2013 (cf. pce 36), que le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité professionnelle de plâtrier dès le 27 septembre 2011. Toutefois, le recourant pourrait encore exercer des activités de substitution à 100% telles que celles spécifiées dans la prise du position du 26 juin 2013 (cf. pce 36/4) respectueuses des limitations fonctionnelles décrites (cf. pce 36/2) et accessibles sans aucune formation professionnelle particulière.

L'autorité inférieure relève que le fait que le recourant ne peut plus exercer son ancienne profession à plein temps ne signifie pas encore qu'il est invalide au regard du droit suisse. Un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant le droit à une rente.

L'évaluation économique de l'invalidité du recourant par le service spécialisé de l'autorité inférieure (cf. pce 37) établit une perte de gain de 36% compte tenu d'une capacité de travail de 100% et d'un abattement de 20% en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant. Or, ce taux n'ouvre par droit à une rente.

L'autorité inférieure précise que la décision de l'autorité espagnole n'est d'aucun secours au recourant puisque seul le droit interne détermine les modalités de l'évaluation du taux d'invalidité qui est, selon la loi suisse, une notion juridico-économique.

Finalement, l'autorité inférieure observe que le recourant n'apporte en cette procédure aucun élément probant susceptible de mettre en cause l'appréciation établie par son service médical (pce TAF 4).

J.

Par décision incidente du 23 janvier 2014, le Tribunal de céans a invité le recourant à payer une avance de frais de procédure de 400 francs dans un délai de 30 jours suivant réception de ladite décision. Le 27 février 2014, le recourant s'est acquitté d'un montant de 482.68 francs (pces TAF 5 et 7).

K.

Par réplique du 24 février 2014, le recourant a maintenu ses conclusions. Il réitère l'argumentation précédemment développée et ne produit aucune nouvelle pièce (pce TAF 6).

L.

Par duplique du 12 mars 2014, l'autorité inférieure a maintenu ses conclusions et constaté qu'aucun élément ne lui permettait de modifier sa prise de position (pce TAF 9).

M.

Par ordonnance du 20 mars 2014, le Tribunal de céans a signalé que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant réservées (pce TAF 10).

Les arguments des parties seront repris autant que de besoin dans la partie en droit.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal 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 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 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 l'avance de frais de procédure requise ayant été payée, le recours est recevable.

2.

La question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 9 octobre 2013 par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'intéressé.

3.

Le recourant est un ressortissant espagnol domicilié en Espagne, Etat membre de l'Union européenne.

3.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

3.2 Au niveau du droit international, 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) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables en l'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéfici-

cient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

3.3 Il sied de souligner que 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 du 4 février 2003). Ainsi, 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 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

3.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6ème révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2012, trouvent application en l'espèce.

4.

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

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n°883/2004).

4.2 Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans (pce 33/4). Il 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.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'Union européenne et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). 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 [CE] n° 883/04).

5.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (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).

5.4 En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

5.5 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.

Le recourant a travaillé en Suisse durant les années 1971 à 1974 et 1980 à 2006, puis en Espagne, comme indépendant, durant les années 2006 à 2013 (not. pce 5/2, 17 et 33/4 s.). Selon ses déclarations, il a cessé de travailler le 27 septembre 2011 (pce 17/3).

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique – qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – et non la maladie en tant que telle. Selon 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.

6.2 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 survi-

vants [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 (arrêt du Tribunal fédéral I 499/02 du 17 juin 2003 consid. 6 et les références; VALTERIO, n° 2184).

6.3 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

7.

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

7.2 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de

confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

Quant aux 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 dans le cadre de la procédure inquisitoire 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 135 V 465 consid. 4.7; ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; voir aussi les 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 avec références).

8.

Il convient de confronter les positions des parties quant à l'état de santé du recourant et à ses répercussions sur sa capacité de travail.

8.1 Selon le médecin du SMR et, avec lui, l'autorité inférieure, le recourant présente un diagnostic principal avec répercussion sur la capacité de travail de périarthropathies des deux épaules sur altérations post-traumatiques et dégénératives (CIM-10 M75.1 Rupture [complète ou incomplète] du supra-épineux). Il présente également des diagnostics associés ayant une répercussion sur la capacité de travail, à savoir: une cardiopathie valvulaire chronique et un status après le remplacement de la valve aortique le 12 novembre 2009. Quant à la capacité de travail, le rapport du médecin du SMR conclut à une incapacité à 80% dans l'activité habituelle (de plâtrier) et à une capacité totale de travail dans une activité de substitution dès le 27 septembre 2011, moyennant les limitations fonctionnelles suivantes à prendre en compte: pas de port de charges de plus de 3 kg, pas de travaux lourds, pas d'exposition au froid ni à l'humidité, pas de travaux au-dessus de la hauteur des épaules (pce 36).

8.2 Selon le recourant, qui cite de larges extraits du rapport médical du 7 mai 2012 du Dr D. _____ (cf. pce 24), il souffre d'une rupture complète du tendon supra-épineux droit et d'une rupture partielle grave du tendon supra-épineux gauche, limitant les manœuvres d'impaction acromiale (recte: sous-acromiale) des deux épaules et la mobilité en rotation et en abduction des épaules. Le recourant fait également valoir qu'il présente une cardiopathie avec comme facteurs de risque une dyslipidémie, une hyperglycémie et une obésité centrale, suivie médicalement (cf. pce 40) et affirme qu'en raison de la gravité de ses pathologies il ne peut plus lever les bras au-dessus des épaules, ne peut soulever de charges, ni effectuer de rotation ou d'abduction (des épaules) ce qui limite sa capacité de travail (pce TAF 1).

8.3

En l'espèce, le Tribunal de céans relève que le recourant présente des atteintes au niveau orthopédique et au niveau cardiologique. Il relève également que le rapport médical E213 du 10 avril 2013 de la Dresse F. _____ (pce 6) est la seule pièce médicale au dossier qui se prononce sur la capacité résiduelle de travail du recourant et sur laquelle l'autorité inférieure a pu se fonder pour évaluer cette capacité.

8.3.1 Au niveau orthopédique, le rapport médical du 7 mai 2012 du Dr D. _____, chirurgien orthopédique et traumatologue, sur la base d'un examen échographique (date et auteur inconnus), fait état, à l'épaule droite, d'une rupture massive et chronique du tendon supra-épineux et, à l'épaule gauche, d'une rupture sur l'épaisseur complète du tendon du supra-épineux, de probable nature subaiguë. Deux examens par échographie corroborent ce diagnostic. Le rapport d'examen par échographie des deux épaules du 9 mai 2012 de la Dresse E. _____ qui relève notamment des évolutions dégénératives dans les deux têtes humérales et dans les articulations acromio-claviculaires, la présence d'une rupture de l'épaisseur complète (massive à l'épaule droite) du tendon supra-épineux des deux côtés (pce 25). Le rapport d'examen par échographie articulaire du 20 septembre 2011 du Dr C. _____ diagnostiquait déjà une rupture partielle étendue des deux tendons supra-épineux des deux côtés (pce 21). A ce sujet, le rapport médical E213 du 10 avril 2013 de la Dresse F. _____ rapporte quant à lui une rupture complète du tendon supra-épineux et partielle du tendon sous-épineux droits (à l'épaule) ainsi qu'une rupture partielle du tendon sous-épineux gauche (pce 6).

Le Tribunal de céans relève que le rapport E213 fait état d'une rupture partielle des tendons sous-épineux des deux côtés qui ne sont évoqués

dans aucune pièce médicale et en particulier dans aucun examen radiologique précédent. Cette pièce mentionne comme source une échographie du 2 mai 2012, mais celle-ci ne figure pas au dossier, et l'échographie du 9 mai 2012 de la Dresse E._____ ne mentionne pas non plus une telle atteinte (pce 25).

Du point de vue orthopédique également, le Tribunal de céans constate que les atteintes au biceps gauche n'ont pas été analysées. Ils n'ont pas fait l'objet d'une appréciation cardiologique se basant sur un examen circonstancié. La fiche d'admission aux urgences du 13 juin 2011 du Dr A._____ faisait déjà état d'une impression de déchirure du biceps gauche dans la région brachiale sans compromission des portions courte et longue du biceps (pce 19). Selon le rapport d'examen par échographie articulaire du 20 septembre 2011 du Dr C._____, l'échostructure du tendon de la longue portion du biceps (gauche) et du tendon du muscle sous-scapulaire et sous-épineux droit est conservée (pce 21). En revanche, selon le rapport médical du 7 mai 2012 du Dr D._____, il y a une déformation avec une rétraction évidente du ventre musculaire (ventre muscular) du biceps brachial gauche et les images échographiques sont compatibles avec une rupture partielle, de degré sévère, du tendon de la longue portion du biceps (gauche), à caractère chronique; selon ce médecin, on n'identifie pas le segment proximal du tendon du biceps dans sa coulisse (corredera; sillon intertuberculaire) (pce 24). Le rapport d'examen par échographie des deux épaules du 9 mai 2012 de la Dresse E._____ fait la même observation (pce 25).

Le Tribunal de céans relève, outre les contradictions mises en évidence ci-dessus, que le rapport médical E213, bien que rapportant qu'il n'y a pas d'atrophie des muscles des membres supérieurs et que leur force est mesurée à 5/5, ne fait pas mention des lésions alléguées au biceps gauche ni pour les confirmer ni pour les infirmer expressément. Or une telle atteinte est susceptible d'avoir une répercussion significative sur la capacité résiduelle de travail du recourant.

Partant, le rapport médical E213 est lacunaire sur deux points essentiels, à savoir les atteintes aux tendons sous-épineux et celles au biceps gauche. A défaut d'une étude circonstanciée, sa valeur probante est sujette à caution (cf. consid. 7.2) et le médecin du SMR, et avec lui l'autorité inférieure, ne pouvait se fonder sur cette pièce pour établir la capacité de travail du recourant sur un plan orthopédique.

8.3.2 Au niveau cardiologique, il n'est pas contesté que le recourant a subi le remplacement d'une valve par une prothèse mécanique en position aortique le 12 novembre 2009. En revanche, l'état de santé actuel du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail à ce niveau ne sont pas établis. Ils n'ont pas fait l'objet d'une appréciation cardiologique se basant sur un examen circonstancié. Du point de vue cardiologique, le seul examen figurant au dossier est le rapport de consultation du 5 juillet 2011 du Dr B. _____ (pce 20). Cette pièce relève que le recourant est asymptomatique suite au remplacement valvulaire en 2009; en revanche, elle souligne qu'il y a une légère insuffisance prothétique selon un électrocardiogramme de 2010; elle mentionne également qu'au 24 juin 2010 un électrocardiogramme-doppler avait mis en évidence un grossissement septal asymétrique et non obstructif de degré léger et un flux mitral (transmitral) de relaxation (relajación) prolongé ainsi qu'une insuffisance périprothétique sans sténose de degré léger, une insuffisance valvulaire mitrale triviale et une insuffisance valvulaire tricuspidiennne de degré léger (1/4). Le cardiologue ne se prononce certes pas sur une éventuelle influence de ces constats sur la capacité de travail du recourant. Cependant, bien que l'assuré travaille toujours comme plâtrier, il émet des recommandations notamment dans le sens d'un évitement des grands efforts, ce qui laisse ouverte la possibilité d'une éventuelle restriction objective de la capacité de travail du point de vue cardiologique. Il sied de relever qu'il n'est ni dans le but ni dans la nature de cette pièce de se prononcer sur cette question de manière précise. En effet, il s'agit du compte rendu d'un contrôle de suivi de l'opération au cœur et non d'une pièce établie en vue d'évaluer la capacité de travail du recourant; on ne peut dès lors rien déduire de son imprécision sur la question de la capacité de travail. De plus et enfin, ce rapport date de juillet 2011, soit plus de deux ans avant la décision attaquée. Cette pièce est par conséquent également trop ancienne pour constituer une base solide et actuelle permettant à l'autorité inférieure de se prononcer sur l'état de santé cardiologique du recourant; celle-ci aurait dû actualiser les données cardiologiques.

Le Tribunal de céans relève que le rapport médical E213 est également lacunaire sur le plan cardiologique. Cette pièce évoque certes la pose d'une prothèse aortique en 2009, mais ne remplit pas pour autant les caractéristiques d'un examen bidisciplinaire. En effet, cette pièce se fonde essentiellement sur l'état de santé orthopédique du recourant pour établir sa capacité résiduelle de travail. De ce point de vue non plus, cette pièce n'est pas une étude circonstanciée et n'a pas la valeur probante requise en la matière; le médecin du SMR ne pouvait pas, pour cette raison également, se fonder sur elle pour faire la synthèse du dossier.

8.4 Cela étant, il appert que la décision attaquée repose sur une instruction tout à fait insuffisante qui ne permet pas au Tribunal de céans de se prononcer sur l'état de santé et de ses répercussions sur la capacité de travail du recourant au moment de la décision attaquée avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. En effet, vu le formulaire E213 clairement lacunaire, dont il a été relevé qu'il est la seule pièce médicale qui se prononce sur la capacité résiduelle de travail du recourant sur le plan orthopédique, et les contradictions ressortant des documents médicaux établis en Espagne, il manque, selon le droit exposé, une prise de position détaillée, complète et actuelle d'un orthopédiste et d'un cardiologue ayant examiné eux-mêmes et récemment le recourant quant à son état de santé et sa capacité de travail. Conformément à la jurisprudence claire et constante en la matière (consid. 7.2), l'autorité inférieure ne pouvait pas se baser sur le rapport médical E213 dont la valeur probante est sujette à caution, mais devait procéder à une instruction complémentaire pour clarifier les atteintes orthopédiques au niveau des tendons sous-épineux et du biceps gauche, ainsi qu'au niveau cardiologique, en mettant sur pied une expertise bidisciplinaire comprenant au moins un volet orthopédique et cardiologique. En rendant une décision en l'état, elle a violé le principe inquisitoire. Il se justifie dans de telles circonstances, vu l'importance des lacunes constatées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des nouvelles garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210.

Il convient donc de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à un complément d'instruction. Il s'agira de clarifier la situation médicale du recourant sur le plan orthopédique, notamment quant aux atteintes aux niveaux des épaules et du biceps gauche, ainsi que sur le plan cardiologique. Il s'agira notamment de préciser la nature de ces atteintes et leurs répercussions sur la capacité de travail. Dans ce but, l'autorité inférieure mettra sur pied une expertise bidisciplinaire comprenant notamment un volet orthopédique et cardiologique. Le cas échéant, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective du recourant. Le dossier ainsi complété sera ensuite soumis au service médical de l'autorité inférieure pour prise de position. Sur cette base, l'autorité inférieure rendra une nouvelle décision.

9.

9.1 Le recourant ayant eu gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 482.68 francs payée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

9.2 Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens fixée à 1500 francs (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 le mandataire y a consacré (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF; ATF 132 V 215 consid. 6.2).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 9 octobre 2013 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 482.68 francs déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt par la caisse du Tribunal.

3.

Il est octroyé une indemnité de dépens de 1500 francs au recourant à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Yann Grandjean

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 :