



Cour III
C-7301/2016

Arrêt du 8 mai 2019

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Vito Valenti, Caroline Gehring, juges,
Marion Capolei, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 13 octobre
2016).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé), ressortissant espagnol né le (...) 1963, a travaillé en Suisse en 1982 (mai à décembre) puis dès 1985 plusieurs mois chaque année jusqu'en 2004, soit durant un total de 219 mois (AI pces 4 ; 5). Du 10 juillet 2006 jusqu'au 13 janvier 2016, le recourant a travaillé en Espagne en tant qu'éboueur auprès de la société B._____ SA (AI pces 5 ; 22 p. 6, 10). Le recourant est en arrêt de travail depuis le 1^{er} juillet 2014 (AI pces 1 p. 4 ; 9 ; 26 ; 31).

B.

B.a Le 25 janvier 2016, le recourant a déposé une demande de prestations d'invalidité via le formulaire E 204 (ES) auprès de l'Institut national espagnol de la sécurité sociale (ci-après : INSS) qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou l'autorité inférieure ; AI pce 1).

B.b L'autorité inférieure a instruit la demande précitée. Dans ce cadre, ont notamment été versés au dossier les documents suivants :

- un rapport médical du 2 septembre 2014 de la Dresse C._____, du service des urgences D._____ de (...), faisant état de coxalgies à droite (AI pce 9),
- un rapport de radiologie de la colonne lombaire du 22 octobre 2014 de la Dresse E._____, médecin radiologue, concluant à des changements osseux et à une discopathie dégénérative, constatant un renflement diffus du disque L4-L5 à prédominance droite avec une légère protrusion dans le récessus latéral avec une diminution de celui-ci et possible contact avec la racine L5 droite à sa base (AI pce 10),
- un rapport médical du 24 décembre 2014 de la Dresse F._____, du service des urgences D._____, posant comme hypothèse de diagnostic une lombosciatique droite et une hernie discale L4-L5 et recommandant comme traitement d'interrompre les ibuprofènes, de prendre le Palexia retard 50 mg (1 comprimé chaque 12 heures), de faire un contrôle par le médecin généraliste et en cas d'aggravation, d'aller aux urgences (AI pce 12),

- un rapport médical du 29 janvier 2015 de la Dresse G._____, médecin spécialisée en neurochirurgie, posant comme diagnostic une douleur lombaire résistante aux traitements médicamenteux et à la physiothérapie, et recommandant une intervention chirurgicale avec foraminotomie et discectomie (AI pce 14),
- l'évolution clinique du Dr H._____ du 24 novembre 2015 du service de neurochirurgie D._____, informant que la douleur irradiante dans le membre inférieur droit jusqu'au niveau de la cheville perdurait depuis un an, malgré les divers traitements (AI pce 15),
- le formulaire E 207 (ES) « Renseignements concernant la carrière de l'assuré » daté du 5 février 2016 (AI pce 5 p. 5-8),
- le formulaire E 205 (ES) « Carrière d'assurance en Espagne » daté du 5 février 2016 (AI pce 5 p. 1-4),
- un rapport E 213 (ES) du 5 février 2016 de la Dresse I._____, médecin de l'INSS dont la spécialisation n'est pas indiquée, retenant comme diagnostic un renflement diffus du disque L4-L5 à prédominance droite avec une petite protrusion à droite (code CIM 722.5) engendrant des lombosciatalgies persistantes à droite à faible adhérence thérapeutique, indiquant qu'un traitement chirurgical (neurochirurgie) était envisagé, et enfin faisant état que l'intéressé était en incapacité de travail totale en tant qu'éboueur (activité habituelle) mais qu'il pouvait réaliser à temps complet une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (AI pce 6).

B.c Par courrier du 25 février 2016 et mise en demeure du 26 avril 2016, l'OAIE a requis de l'assuré des documents complémentaires pour pouvoir examiner sa demande (AI pces 20 ; 21). Par courrier du 2 mai 2016, l'intéressé a fait parvenir à l'OAIE les documents suivants :

- un certificat daté du 12 avril 2016 de J._____ de (...) attestant notamment de la pénibilité du travail du recourant (AI pce 22 p. 10),
- le questionnaire pour l'employeur daté du 30 mars 2016 rempli par B._____ SA attestant que le recourant avait été employé du 10 juillet 2006 au 13 janvier 2016 comme éboueur à temps complet (AI pce 22 p. 6-7),

- le questionnaire à l'assuré (UE) signé mais non daté par le recourant dans lequel il indique être en arrêt de travail depuis le 1^{er} juillet 2014 en raison de douleurs sciatiques (AI pce 22 p. 1-5).

B.d Dans le cadre de la suite de l'instruction, les documents suivants ont été notamment versés en cause :

- un prononcé du Ministère espagnol de l'emploi et de la sécurité sociale du 4 décembre 2015 attestant que l'intéressé était en incapacité de travail totale permanente dès le 1^{er} juillet 2014 et que celle-ci fera l'objet d'une révision dès le 2 décembre 2016 (AI pce 24 p. 5),
- une décision du 14 janvier 2016 de l'INSS approuvant une pension d'incapacité totale permanente dans la profession habituelle pour un montant mensuel d'EUR 538.87 versé 14 fois par année (AI pce 24 p. 1-2),
- un rapport médical du 18 avril 2016 de la Dresse C. _____ rapportant l'anamnèse du recourant depuis juillet 2014 et expliquant que la réponse au traitement de physiothérapie était insuffisante, que les médecins ne s'accordaient pas sur une intervention chirurgicale, et qu'actuellement l'intéressé était en incapacité totale de travail (AI pce 26),
- un certificat médical du 29 avril 2016 de la Dresse C. _____ retenant le diagnostic de syndromes lombaires/thoraciques avec irradiation de la douleur (AI pce 31).

B.e Par prise de position médicale du 26 mai 2016, le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin du service médical interne de l'OAIE, a retenu comme diagnostics principaux sur la base du dossier médical (cf. AI pces 6 ; 9 ; 10 ; 12 ; 14 ; 15) un syndrome lombo-radicaire récurrent chronique et des atteintes dégénératives (CIM-10 M51.1 ; AI pce 33 p. 1). Il a conclu à une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 80% dès le 1^{er} juillet 2014 et dans une activité adaptée de 30% dès le 1^{er} juillet 2014 (p. 2). Le Dr K. _____ a établi une liste de limitations fonctionnelles (p. 2) et a joint à sa prise de position une liste d'exemples non exhaustifs d'activités de substitution exigibles de l'intéressé (p. 5-6).

B.f Par projet de décision du 20 juin 2016, l'OAIE a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : une activité impliquant une pause de 10 minutes toutes les heures, en position debout, ne nécessitant pas de rotation du tronc, ni de se pencher ou de s'agenouiller, pas de port de charge de plus de 3 kg, pas de déplacement sur terrain irrégulier et évitant les nuisances

telles que le froid et l'humidité. L'OAIE a conclu que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 80% et que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles elle était de 30% avec une diminution de la capacité de gain de 37%. Au vu de ce qui précède, l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations du recourant (AI pce 36).

B.g Par courrier du 13 juillet 2016 (timbre postal), l'intéressé s'est opposé au projet de décision précité (AI pce 38) et a joint une demande de radiologie du 8 juillet 2016 du Dr P. _____ du service de traumatologie de l'Hôpital O. _____, attestant qu'un examen de résonance magnétique du genou avait été demandé en raison d'une suspicion de méniscope interne à droite (AI pce 37).

B.h Après consultation du Dr K. _____ du service médical interne de l'OAIE qui avait retenu comme nouvelle pathologie des douleurs au genou droit probablement dues à des altérations dégénératives, qui avait modifié son appréciation de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle la faisant passer à 100% à partir du 1^{er} juillet 2014 et, pour le reste, confirmé ses précédentes conclusions dans un rapport du 29 juillet 2016 (AI pce 40), l'OAIE a rendu un nouveau projet de décision le 10 août 2016 proposant le rejet de la demande de prestations d'invalidité (AI pce 41).

B.i Le 16 septembre 2016 (timbre postal), le recourant a contesté le projet de décision précité (AI pce 47) et a produit quatre rapports de radiologie datés des 26 juillet, 6 septembre et 12 septembre 2016 (AI pces 42 à 46). Aux termes du rapport de radiologie de la colonne lombaire du 26 juillet 2016, le Dr L. _____, médecin radiologue, a diagnostiqué des hernies discales droites (AI pce 44). Après une IRM des hanches, la Dresse M. _____ médecin radiologue, est arrivée à la conclusion le 6 septembre 2016 que l'intéressé souffrait d'une altération du signal de la partie antéro-supérieure du labrum de la hanche résultant d'une dégénérescence labrale et d'un kyste du labrum de 10 mm à la hanche droite, sans signe d'altérations osseuses de la hanche (AI pce 43 p. 1). Après une IRM du genou droit, le Dresse M. _____ a conclu le 6 septembre 2016 à une rupture du ménisque interne (AI pce 43 p. 2). Dans son rapport de radiologie des épaules du 12 septembre 2016, la Dresse N. _____, médecin radiologue, a constaté l'absence de tendinopathie calcifiée et l'existence d'une discrète sclérose de la tubérosité majeure à l'humérus gauche (AI pce 42).

B.j Par prise de position du 7 octobre 2016, le Dr K. _____ a expliqué que cette nouvelle documentation médicale confirmait les atteintes dégé-

neratives au niveau de la colonne lombaire et des épaules. Il était cependant de l'avis que cela ne compromettrait pas la capacité de travail résiduelle du recourant (AI pce 50).

B.k Par décision du 13 octobre 2016, l'OAIE a rejeté la demande de prestations d'invalidité du recourant retenant un taux d'invalidité de 37% ne donnant pas droit à une rente d'invalidité (AI pce 51).

B.l Le 14 novembre 2016, le Ministère espagnol de l'emploi et de la sécurité sociale a transmis à l'OAIE le formulaire E 211 (ES) de notification de ladite décision au recourant (AI pce 52).

C.

C.a Le 17 novembre 2016, le recourant a formé recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) contre la décision susmentionnée concluant en substance à ce qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée et requérant un paiement de l'avance de frais en mensualités de Fr. 20.- (TAF pce 1). Outre des documents et CD déjà présents au dossier de l'autorité inférieure (cf. AI pces 24 p. 1, 2 et 5 ; 43 ; 44 ; 45 ; 46), le recourant a produit un rapport médical non daté du service de traumatologie de l'Hôpital O._____ d'une seule page et apparemment incomplet (annexes à TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 16 décembre 2016, le Tribunal a rejeté la requête du recourant de payer l'avance de frais en plusieurs mensualités de Fr. 20.- et l'a invité à payer une avance totale sur les frais de procédure présumés de Fr. 800.- par deux mensualités de Fr. 400.- ; la première mensualité était à verser jusqu'au 31 janvier 2017 et la seconde jusqu'au 28 février 2017. Par ailleurs, le Tribunal a invité le recourant, s'il entendait requérir l'assistance judiciaire, à retourner rempli le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » avec les moyens de preuve topiques jusqu'au 30 janvier 2017 (TAF pce 2). Le 27 janvier 2017 (timbre postal), le recourant a retourné le formulaire précité avec différentes pièces et a requis un délai supplémentaire pour fournir d'autres documents (TAF pce 5). Après octroi d'un délai supplémentaire de 30 jours par le Tribunal (TAF pce 6), le recourant a produit de nouveaux documents et explications (TAF pce 10). Les 1^{er} février et 2 mars 2017, le recourant s'est acquitté d'une mensualité de Fr. 400.-, soit d'un total de Fr. 800.- (TAF pces 3 ; 7). Par décision incidente du 14 juin 2017, le Tribunal a rejeté la demande d'assistance judiciaire partielle du recourant et a constaté que le recourant avait déjà payé

les frais de procédure présumés de Fr. 800.- (TAF pce 12). Le recours déposé par-devant le Tribunal fédéral contre la décision incidente précitée a été déclaré irrecevable par arrêt du 12 septembre 2017 (TAF pce 26).

C.c Après avoir été invité à répondre au recours (TAF pce 11), l'OAIE a prié le Tribunal, par courrier du 4 juillet 2017, de requérir auprès du recourant le rapport médical complet du service de traumatologie et le rapport neurologique auquel il avait fait référence dans son recours (TAF pce 13). Le 11 juillet 2017, l'OAIE a fait parvenir au Tribunal, conformément à sa demande, le dossier AI de la cause (TAF pces 14 et 15). Par ordonnance du 18 juillet 2017, le Tribunal a annulé sa précédente ordonnance invitant l'autorité inférieure à répondre et a imparti un délai de 30 jours au recourant dès réception de l'ordonnance pour produire les documents cités par l'OAIE (TAF pce 16).

C.d Par courriers des 30 mars et 21 août 2017 (timbres postaux ; TAF pces 10 ; 22), le recourant a fait parvenir au Tribunal, outre des documents déjà transmis (cf. AI pces 10 ; 14), la documentation suivante :

- le rapport médical complet de deux pages intitulé « INFORME MÉDICO » du 11 novembre 2016 du service de traumatologie du service D. _____, soit pour lui le Dr P. _____, se basant sur un document déjà présent au dossier de l'autorité inférieure, à savoir sur un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 26 juillet 2016 (cf. AI pce 44), ainsi que sur des nouveaux documents médicaux, à savoir sur des rapports de radiologie de la colonne lombaire du 12 janvier 2016 et des hanches du 16 février 2016, sur une IRM des hanches (non datée), sur une IRM du genou droit (non datée) ainsi que sur un rapport d'électromyographie (non daté), recommandant une diminution des activités physiques ou de travail impliquant une surcharge pour la colonne vertébrale et retenant que pour le moment, aucune intervention chirurgicale n'était indiquée (annexe à TAF pce 22),
- un prononcé du 2 janvier 2017 du Ministère espagnol de l'emploi et de la sécurité sociale (ci-après : le Ministère de la sécurité sociale) à l'attention du recourant confirmant le taux d'incapacité permanent avec en annexe un document du 21 décembre 2016 du même Ministère proposant de confirmer la situation d'incapacité totale permanente et annonçant une procédure de révision (amélioration ou aggravation) dès le 21 juin 2017 (annexes à TAF pce 10 ; 22),

- le rapport médical du 26 juin 2017 du Dr H._____, confirmant que pour le moment, une intervention chirurgicale au niveau du dos n'était pas indiquée et informant que l'intéressé devait éviter des activités impliquant une surcharge de la colonne lombaire (annexe à TAF pce 22),
- un prononcé du 31 juillet 2017 du Ministère de la sécurité sociale à l'attention du recourant supprimant la pension d'incapacité permanente en raison de l'amélioration de l'état de santé avec effet au 31 juillet 2017 et le document joint de la même autorité du 26 juin 2017 déclarant que le recourant présentait un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité au sens de la loi (annexe à TAF pce 22).

Aux termes du courrier précité du 21 août 2017, le recourant s'est déterminé sur le refus de l'OAIE de lui accorder une rente d'invalidité. De plus, il a indiqué qu'il allait interjeter recours contre la décision espagnole de suppression de sa rente d'invalidité et joindre le rapport médical d'un autre chirurgien (TAF pce 22).

C.e Sur nouvelle invitation du Tribunal (TAF pces 23 et 28), l'autorité inférieure a répondu au recours le 20 octobre 2017. Elle a proposé de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée après avoir consulté une nouvelle fois le médecin de son service médical interne lequel avait confirmé en date du 5 octobre 2017 ses prises de position antérieures, retenant qu'un travail léger, avec possibilité de changer de position avec un horaire légèrement réduit et des pauses supplémentaires restait exigible (TAF pce 29).

C.f Dès lors que le recourant n'avait pas déposé de réplique dans le délai imparti (TAF pces 30 ; 31), le Tribunal a signalé aux parties le 14 décembre 2017 que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures demeurant toutefois réservées (TAF pce 32)

C.g Dans un courrier spontané daté du 20 novembre 2017 et déposé le 14 décembre 2017 (timbre postal), le recourant s'est déterminé dans la présente cause et a transmis des rapports médicaux déjà présents au dossier AI (cf. AI pce 14) ou au dossier du Tribunal (cf. annexes à TAF pces 10 ; 22), dont il avait préalablement souligné certains passages (TAF pce 33).

C.h Invité à déposer d'éventuelles observations par ordonnance du 19 décembre 2017 (AI pce 34), l'OAIE est resté muet (cf. AI pce 38).

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, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 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, au sens de l'art. 5 PA, concernant l'octroi de prestations 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. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 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 en l'espèce remplies.

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours interjeté le 17 novembre 2016 (date du timbre postal ; cf. annexe à TAF pce 1) à l'encontre d'une décision du 13 octobre 2016 (cf. annexe à TAF pce 1 ; art. 20 al. 3 PA) est recevable.

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; cf. toutefois ci-dessous consid. 2.5).

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Confédération 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 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale 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'occurrence (arrêts du TF 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 et 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une prestation d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 253 consid. 2.4).

2.3 En l'occurrence, le recourant est un ressortissant espagnol résidant en Espagne, soit un Etat membre de l'Union européenne (cf. AI pces 1 ; 3). Ainsi, les dispositions légales de droit suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'à la date de la décision attaquée, soit au 13 octobre 2016, sont applicables.

2.4 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 TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). 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 TF 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). Ainsi, contrairement à ce que semble croire le recourant dans son recours (cf. TAF pce 1), il n'est donc pas en soi déterminant que les autorités espagnoles lui aient reconnu le

droit à une rente d'invalidité espagnole comme l'a souligné l'OAIE dans sa réponse au recours (cf. TAF pce 29).

2.5 Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit le 13 octobre 2016. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

3.

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

3.2 En l'espèce, le Tribunal examinera le bien-fondé de la décision du 13 octobre 2016 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande du recourant, datée du 25 janvier 2016, tendant à l'obtention de prestations de l'assurance-invalidité (cf. AI pce 1).

4.

4.1 Le recourant conteste en substance le refus de l'OAIE de lui octroyer une rente d'invalidité considérant que vu son âge, 53 ans au moment du prononcé de la décision litigieuse et actuellement 55 ans, ainsi que l'ensemble des circonstances personnelles, il ne peut effectuer une quelconque activité adaptée. En particulier, le recourant conteste ainsi le taux d'invalidité de 37% retenu par l'OAIE dans la décision du 13 octobre 2016. En revanche, il ne conteste pas le taux de 100% d'incapacité de travail dans son activité habituelle reconnu par le médecin du service médical interne de l'OAIE dans son rapport du 29 juillet 2016.

4.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Par ailleurs, d'après l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4.3 En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 25 janvier 2016 (cf. supra consid. B.a), si bien que le Tribunal doit examiner si le recourant avait droit à une rente le 1^{er} juillet 2016 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente d'invalidité est né entre cette date et le 13 octobre 2016, date de la décision attaquée.

5.

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

- être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI).

5.2 En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse entre 1982 et 2004 pour un total de 219 mois (cf. AI pces 4 ; 5), soit pendant une durée supérieure à 18 ans (cf. supra consid. A). Partant, il remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

5.3 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 art. 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 réadaptions exigibles. 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

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

5.5 Selon l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

5.6 Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des exa-

mens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

5.7 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, lesdits rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports SMR mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères.

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

5.8 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

6.

6.1 La décision litigieuse se fonde principalement sur les rapports du Dr K. _____ du service médical interne de l'OAIE des 26 mai, 29 juillet et 7 octobre 2016 lesquels retiennent comme diagnostics principaux un syndrome lombo-radiculaire récurrent chronique et des atteintes dégénératives au niveau du dos selon la CIM-10 M51.1 dès le 1^{er} juillet 2014 (cf. Al pce 33), ainsi que des atteintes dégénératives au niveau du ménisque interne droit dès le 4 septembre 2016 (IRM du 4 septembre 2016 ; cf. Al pces 37 ; 40 ; 43 p. 2) et des épaules dès le 7 septembre 2016 (IRM du 7 septembre 2016 ; cf. Al pces 42 ; 50). Ce faisant, ils sont cohérents avec les pièces médicales présentes au dossier. Il sied cependant de préciser qu'une IRM de la hanche droite effectuée le 4 septembre 2016 a démontré une altération du signal de la partie antéro-supérieure du labrum de la hanche avec un kyste de 10 mm, sans altérations osseuses (cf. Al pce 43 p. 1) et que cela n'a été mentionné ni dans le rapport du Dr K. _____ du 7 octobre 2016 (cf. Al pce 50), ni dans celui du 5 octobre 2017 (cf. annexe à TAF pce 29). Les diagnostics retenus ne sont toutefois pas contestés par le recourant qui précise que son état de santé au moment de la reconnaissance d'une invalidité permanente totale par l'INSS en date du 14 janvier 2016 (cf. Al pce 24 p. 1) était le même que lors de la reconnaissance d'une incapacité temporaire par l'INSS en date du 1^{er} juillet 2014 (cf. TAF pce 1 p. 1 ; Al pce 24 p.5). Ce faisant, le recourant confirme qu'entre 2014 et

2016 son état de santé n'a connu ni aggravation, ni amélioration, mais est resté stable.

6.2 Dans son rapport du 26 mai 2016, le médecin du service médical interne de l'OAIE a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : une activité impliquant une pause de 10 minutes toutes les heures, en position debout, ne nécessitant pas de rotation du tronc, ni de se pencher ou de s'agenouiller, pas de port de charge de plus de 3 kg, pas de déplacement sur terrain irrégulier et évitant les nuisances telles que le froid et l'humidité (cf. AI pce 33 p. 2). Pour cela, il s'est fondé en particulier sur le rapport médical E 213 (ES) du 5 février 2016 lequel affirme globalement en ce qui concerne les déficits fonctionnels que le recourant souffrait de lombosciatalgies persistantes à droite à faible adhérence thérapeutique (cf. AI pce 6 p. 8). Les autres documents médicaux au dossier sont muets concernant les limitations fonctionnelles (cf. AI pces 8 à 17 ; 22 ; 26 à 28 ; 30 ; 31 ; 42 à 44). Le médecin du service médical interne de l'OAIE a donc établi la liste détaillée des limitations fonctionnelles sur la base de sa seule expérience médicale et non sur la base d'un dossier médical complet. La valeur probante des rapports précités est dès lors diminuée.

6.3 Dans son rapport du 29 juillet 2016 (cf. AI pce 40), le Dr K. _____ a fixé, après avoir reconsidéré sa position du 26 mai 2016 (cf. AI pce 33), l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 100% et l'incapacité de travail dans une activité de substitution à 30%. L'incapacité de travail complète dans l'activité habituelle retenue par le Dr K. _____ est cohérente avec la documentation se trouvant au dossier médical (cf. AI pces 6 ; 9 ; 12 ; 15 ; 26 ; 31). En revanche, dans le rapport E 213 (ES) du 5 février 2013, il est fait mention que le recourant est en mesure d'effectuer un travail adapté à ses limitations fonctionnelles à temps complet (cf. AI pce 6 p. 10). Or, dans son rapport du 26 mai 2016, le médecin du service médical interne de l'OAIE retient une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée sans pour autant justifier le fait qu'il s'écarte sur ce point de l'appréciation du médecin de l'INSS. Il sied ici de rappeler que le médecin du service médical interne de l'OAIE n'est ni rhumatologue, ni neurologue, mais un médecin généraliste. Quant au médecin de l'INSS, sa spécialisation n'est pas indiquée. De plus, ce dernier n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles le recourant serait apte à travailler à 100% dans une activité adaptée. Il en résulte qu'il y a un doute sur le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée et la valeur probante du rapport E 213 (ES) ainsi que des rapports du médecin du service médical interne de l'OAIE n'ont pas valeur probante sur ce point.

6.4 Sur le vu de ce qui précède, la décision litigieuse du 13 octobre 2016 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

7.

7.1 En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou la renvoie exceptionnellement avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En l'occurrence, le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé somatique du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale et les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure.

7.2 Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit à une rente d'invalidité de l'intéressé, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'assuré et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé somatique afin de pouvoir déterminer notamment l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGa). Elle sollicitera une expertise bi-disciplinaire en Suisse comprenant une évaluation rhumatologique et neurologique ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (iv) avec une indication sur l'évolution dans le temps de l'état de santé du recourant. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

8.

8.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6).

8.2 Vu l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

8.3 Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

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

Le recours est admis et la décision du 13 octobre 2016 est annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec accusé de réception ; annexe : formulaire d'adresse de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège : La greffière :

Caroline Bissegger

Marion Capolei

Indication des voies de droit :

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

Expédition :