Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-6844/2011

Arrêt du 5 juin 2013

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Michael Beusch et Elena Avenati-Carpani, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____, Lugar Coto Cima Lordelo,
PT-5000-217 Vila Real,
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 16 novembre 2011).

Faits :

A.
Le recourant A._____, ressortissant portugais né le […] 1954, oeuvre en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances de 1983 à 1993 apparemment toujours en tant qu'ouvrier dans la construction (pces 9 p. 6 n° 11.4; 17 p. 1 n° 3a). De retour au Portugal, il continue de travailler dans ce domaine pour différents employeurs, en dernier lieu de janvier à février 2008 à plein temps dans l'entreprise B._____ puis se retrouve au chômage (pces 17 p. 1 n° 3b et p. 4 n° 10a; 21 p. 3; 24; 25; TAF 15 p. 3). Souffrant notamment de douleurs à la colonne lombaire et à la cage thoracique ainsi que de difficultés auditives chroniques (pce 9 p. 2 n° 3.2), il dépose une demande de prestations AI auprès des institutions de sécurité sociale portugaise le 2 juillet 2010 lesquelles transmettent la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) pour compétence (pce 1).

B.
Lors de la procédure d'examen de la demande, l'autorité inférieure recueille divers renseignements économiques et médicaux portant sur l'intéressé dont notamment un rapport médical E 213 du 8 septembre 2010 (pce 9), une lettre explicative de l'assuré du 27 mai 2011 (pces 25 et TAF 15 [traduction]), une prise de position de son service médical du 10 juillet 2011 (pce 28 concluant à l'absence d'une incapacité de travail significative dans l'activité habituelle), un questionnaire à l'assuré du 18 janvier 2011 (pce 17) et un questionnaire à l'employeur non daté reçu par l'administration le 3 juin 2011 (pce 24).

C.
Le 15 août 2011 (pce 29), l'OAIE informe l'intéressé qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il n'existe pas une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens du droit des assurances sociales. Malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative serait toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il invite l'intéressé à faire part de ses observations éventuelles dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte.

D.
Par courrier du 22 août 2011 non accompagné d'une lettre explicative (pces 31-40), l'intéressé produit notamment 4 rapports médicaux datés du 5 juillet 2011 et un certificat orthopédique du 22 juillet 2011.

E.
Par décision du 16 novembre 2011 (pce 43), l'autorité inférieure, se basant sur une nouvelle prise de position de son service médical du 29 octobre 2011 (pce 42 confirmant le bien-fondé de l'évaluation précédente), rejette la demande de prestations de l'assuré. A ce titre, elle reprend pour l'essentiel l'argumentation développée dans le projet de décision et précise que la documentation produite en procédure d'audition ne lui permet pas de modifier ses conclusions antérieures.

F.
Par acte du 6 décembre 2011 (pce TAF 1), l'intéressé défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral en sollicitant l'octroi d'un délai supplémentaire pour produire de nouveaux moyens de preuve.

G.
Par décision incidente du 11 janvier 2012 (pce TAF 2) notifiée le 19 janvier 2012 (pce TAF 3), le Tribunal administratif fédéral invite le recourant, dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte, à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- sous peine d'irrecevabilité du recours et à produire les moyens de preuve allégués dans l'acte de recours faute de quoi le dossier sera transmis en l'état à l'autorité inférieure pour prise de position. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 13 février 2012 (pce TAF 4). En revanche, aucun moyen de preuve complémentaire n'est produit dans le délai imparti.

H.
Le 10 février 2012 (pce 44 p. 1), l'autorité inférieure reçoit de la part de l'office de liaison portugais un formulaire E 204 mentionnant que l'assuré a déposé une nouvelle demande d'invalidité le 23 septembre 2011 et qu'une demande de prestations AI est actuellement pendante auprès des institutions de sécurité sociale portugaise (pce 44 p. 7 n° 14). A cet envoi sont notamment joints des rapports médicaux des 8 janvier 2009 (pce 47), 25 juin 2010 (pce 48), 23 janvier 2012 (pce 49 [rapport orthopédique]) et 26 janvier 2012 (pce 50 [nouveau rapport E 213]).

Par lettre du 14 mars 2012 (pce 55), l'autorité inférieure informe l'office de liaison portugais qu'elle a bien reçu la deuxième demande de prestations de l'assuré déposée le 23 septembre 2011. Elle considère toutefois celle-ci comme nulle et non avenue dès lors qu'elle a été sollicitée avant le prononcé du rejet de la première demande AI par décision du 16 novembre 2011. Elle ajoute que tant qu'un jugement n'aura pas été rendu

dans le cadre du recours interjeté contre cette décision, elle ne pourra donner aucune suite à une éventuelle demande de prestations ultérieure.

I.
Le Tribunal de céans ayant appelé l'OAIE à se déterminer sur le recours par ordonnance du 7 mai 2012 (pce TAF 7), celui-ci, dans un préavis du 11 juin 2012 (pce TAF 8), conclut à son rejet en se basant sur une nouvelle prise de position de son service médical (rapport du 30 avril 2012 [pce 57 retenant une incapacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 0% dans une activité adaptée]) et une comparaison des revenus du 23 mai 2012 mettant en évidence un taux d'invalidité de 37% (pce 58).

J.
Par réplique du 25 juillet 2012 (pce TAF 11 p. 3 s.), l'assuré confirme ses conclusions antérieures et produit un rapport médical du 25 janvier 2012 non encore versé aux actes.

K.
Par duplique du 20 novembre 2012 (pce TAF 13) ─ que le Tribunal administratif fédéral transmettra au recourant pour connaissance par ordonnance du 13 mai 2013 (pce TAF 14) ─, l'autorité inférieure ne décèle aucun motif lui permettant de revenir sur la décision entreprise. Elle précise que la documentation médicale invoquée a déjà été prise en compte par son service médical dans la prise de position du 30 avril 2012 et que le certificat du 25 janvier 2012 n'est pas lisible.

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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit

des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis 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. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

2.
Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, il sied de relever que 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 statique au droit européen. A cette date sont ainsi également entrés en vigueur, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, de même que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

3.

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). En l'espèce, dès lors que le recourant fait valoir être vic-

time d'une atteinte incapacitante dès 2008 (pce 17 p. 3 n° 7a) et que la demande y afférente a été déposée le 2 juillet 2010 (pce 1 p. 7 n° 14), le droit à des prestations doit donc être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision (1er volet) valables dès le 1er janvier 2012.

3.2 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. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 2 janvier 2011 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 16 novembre 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b). Dans ce contexte, on rappellera qu'un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte dans l'appréciation des preuves s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 et les références citées).

4.
Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (pce 14) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

5.
L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est

invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

6.
Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

7.1 Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration et, en procédure de recours, le juge, constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En ce sens sont déterminants tous les faits dont la présence est décisive pour que la cause soit tranchée dans un sens plutôt qu'un autre. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. Les autorités administratives et judiciaires sont ainsi tenues d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 et les références citées). Le cas échéant, elles peuvent renoncer à l'administration d'une preuve si elles acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait

l'amener à modifier son opinion (cf., parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 9C_398/2011 consid. 4.2 et les références citées; 8C_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1).

7.2 En particulier, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, l'administration et les Tribunaux doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

7.3 En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cette jurisprudence vaut également lorsque le service médical d'un assureur n'a pas examiné lui-même l'assuré mais s'est limité à rendre un rapport de synthèse des pièces déjà versées au dossier, étant donné que ces documents contiennent des informations utiles à la prise d'une décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale ou d'une appréciation de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C_787/2012 du 20 décembre 2012 consid. 4.2.1; 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2). Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Par conséquent, une instruction complémentaire sera requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 125 V 351 consid. 3b ee; 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2012 consid. 5.3).

8.

En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'assuré présente une incapacité de travail suffisante pour obtenir le droit à une rente d'invalidité, étant relevé qu'il est admis que le recourant avait le statut d'une personne

active à plein temps avant l'atteinte à la santé (pces 24; 58). Dans ce contexte, il convient de mettre en évidence ce qui suit.

8.1 Tout d'abord il appert que le dossier contient divers rapports médicaux succincts et émis par différents spécialistes dont la juxtaposition permet de donner un aperçu des affections dont était atteint le recourant lors du dépôt de sa demande de prestations auprès de l'Office de liaison portugais en juillet 2010. Ainsi, un certificat du 8 janvier 2009 (pce 47) atteste d'une hypoacousie modérée à sévère de l'intéressé. Par ailleurs, un rapport radiologique du 28 janvier 2010 (pce 7) indique les diagnostics de spondylose L3-L4, de discopathie L4-L5 et de hernie L1-L2 ainsi que L3-L4 (voir aussi certificat du 25 juin 2010 [pce 48]). Il convient également de citer un rapport du 5 avril 2010 faisant part d'ostéoporose à la colonne vertébrale (pce 6 p. 1) et d'ostéopénie au fémur (pce 6 p. 1-3) ainsi qu'un rapport du 9 juin 2010 mentionnant la présence d'une oesophagite petique, d'une hernie hiatale et d'un ulcère duodénal chez l'assuré (pces 8; voir aussi pce 5 [rapport hémato-chimique du 31 mars 2010]).

8.2 Dans un rapport de synthèse E 213 du 8 septembre 2010, la Dresse C._____ pose les diagnostics CIM-10 de surdité de transmission et neurosensorielle (H90), de varices ulcérées des membres inférieurs (I83.0), de hypertension essentielle (I10), d'obésité (E66), d'atteintes d'autres disques intervertébraux (M51) et d'ostéoporose sans fracture pathologique (M81) en précisant que l'intéressé a été amputé de la 3ème phalange du 2ème doigt de la main droite (pce 9 p. 3 n° 4.8.2 et 7). Indiquant que l'assuré se plaint principalement de douleurs à la colonne lombaire et aux côtes à gauche ainsi que de difficultés auditives chroniques (pce 9 p. 2 n° 3.2), elle conclut en substance qu'il ne peut plus accomplir à plein temps son activité habituelle dans la construction mais qu'en revanche un travail adapté est exigible de sa part à mi-temps (pce 9 p. 7 n° 11.4-11.7).

8.3 En date du 17 novembre 2010 (pce 38), l'assuré subit une fracture sous-trochantérienne du fémur qui rendra nécessaire une opération le 21 novembre 2010 avec ostéosynthèse ainsi que des hospitalisations du 17 novembre au 30 novembre 2010 et du 6 au 7 février 2011 (pces 33-36). Dans un rapport du 22 juillet 2011 (pce 38), le Dr D._____ atteste d'une évolution favorable de la lésion et précise que le patient est suivi en consultation externe.

8.4 Appelé à se prononcer sur la documentation médicale récoltée, le Dr E._____, de l'OAIE, retient les diagnostics de lombalgies communes sur troubles dégénératifs simples, de statut après amputation de la 3ème

phalange du 2ème doigt de la main droite, de douleurs costales, d'hypoacousie, d'ulcère duodénal et de status après fracture sous-trochantérienne opérée le 21 novembre 2010. Selon lui, les troubles dégénératifs au rachis ne permettent pas de conclure à une quelconque incapacité de travail dès lors qu'ils ne causent pas d'atteintes radiculaires et qu'ils n'ont cliniquement pas de répercussion sur la mobilité. Il en irait de même des autres atteintes mentionnées. En particulier, la fracture sous-trochantérienne dont les suites opératoires ont été favorables, n'aurait pas pu engendrer une incapacité de travail de longue durée allant au-delà de quelques mois (rapports des 10 juillet et 29 octobre 2011 [pces 28 et 42]).

8.5 En procédure de recours, un rapport orthopédique du 23 janvier 2012 (pce 49) et un nouveau rapport E 213 du 26 janvier 2012 (pce 50) sont notamment versés aux actes. Dans le premier rapport cité, le Dr F._____ signale que l'assuré, depuis la fracture du 17 novembre 2010, présente des douleurs à l'aine à droite qui sont exacerbées par l'orthostatisme et la marche prolongée. Il atteste également d'une rigidité de la hanche droite essentiellement lors de rotations. Il conclut que l'assuré est limité dans ses tâches habituelles. Pour sa part, la Dresse C._____, dans un nouveau rapport E 213 du 26 janvier 2012 observe une aggravation de l'état de santé du recourant avec une fracture de la hanche droite encore en guérison, des douleurs chroniques avec limitations de la mobilité et de la marche, des déficits auditifs (pce 50 p. 3 n° 4.8.3 et p. 5 n° 8) et une intolérance à la douleur sur un état anxieux (pce 50 p. 2 n° 4.1). Par ailleurs, elle atteste d'une incapacité totale de travail de l'assurée pour son activité habituelle ainsi qu'une incapacité à effectuer une activité de substitution (pce 50 p. 6 n° 11.4, 11.5 et 11.6).

8.6 Le dossier est alors transmis au service médical de l'OAIE pour nouvelle appréciation. Dans un rapport du 30 avril 2012 (pce 57), le Dr G._____ conclut à une incapacité de travail de l'assuré de 70% dans son ancienne profession ─ dont l'exercice n'est selon lui vraisemblablement plus exigible ─ et d'une capacité de travail entière dans un travail léger voir mi-lourd.

9.

Cela étant, force est de constater que même si le rapport orthopédique du 23 janvier 2012 et le rapport E 213 du 26 janvier 2012 ont été établis après le prononcé de l'acte attaqué, ces documents se rapportent également à l'état de santé du recourant pendant la période déterminante courant jusqu'au 16 novembre 2011. Conformément à la jurisprudence régis-

sant la matière (cf. supra consid. 3.2), il convient donc d'en tenir compte dans l'appréciation des preuves. C'est également ce qu'a fait le service médical de l'OAIE puisque cette nouvelle documentation l'a amené a revoir son appréciation initiale de l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle. Ainsi, alors que le Dr E._____ retenait que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail au sens de la LAI (rapports des 10 juillet et 29 octobre 2011), le Dr G._____, dans un rapport du 30 avril 2012 tenant compte des nouveaux certificats produits, estime que, dès le 17 novembre 2010 (date de la fracture du fémur), l'assuré ne peut plus effectuer l'activité habituelle mais uniquement un travail adapté. L'administration s'est ensuite ralliée à cette dernière évaluation dans son préavis du 11 juin 2012 (pce TAF 8). Or, sur le vu des estimations très divergentes émises par le service médical de l'OAIE d'une part (capacité de travail entière pour le moins dans l'exercice d'une activité adaptée) et par la Dresse C._____ d'autre part (capacité de travail dans un travail adapté de 50% avant la fracture du fémur [rapport E 213 du 8 septembre 2010] puis de 0% suite à cet événement [rapport E 213 du 26 janvier 2012]), concernant la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, il appert que le substrat médical inhérent à la présente affaire n'est pas établi à satisfaction de droit. Le doute est encore renforcé par le rapport orthopédique du 23 janvier 2012 qui fait part d'un assuré limité dans ses tâches habituelles (pce 49). En particulier, il manque une motivation idoine notamment quant aux répercussions des douleurs observées chez l'intéressé sur sa capacité de travail résiduelle que ce soit au niveau de l'atteinte au rachis qu'en rapport avec les douleurs à la hanche (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 4; 9C_870/2010 du 24 janvier 2011 consid. 4.3 et 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.2), sans que les éléments objectifs mis en évidence dans la documentation médicale produite soient suffisamment clairs pour exclure d'emblée tout caractère invalidant aux atteintes en cause (cf. pce 50 p. 3 n° 4.8-4.10), étant relevé que l'assuré est soumis de longue date à un traitement médicamenteux pour faire face à ses souffrances (pces 9 p. 2 n° 3.3 et 50 p. 2 n° 3.3). En outre, on ne peut exclure que le cas présente également une composante psychiatrique puisque la Dresse C._____ fait part chez l'intéressé d'un état mental et émotionnel anxieux avec intolérance à la douleur, insomnie et prise du calmant Alprazolam (cf. pces 50 p. 2 n° 3.3 et n° 4.1). On observe aussi qu'une tension artérielle non contrôlée de 170/90 est mise en évidence (pce 50 p. 2 n° 4.5.3) ainsi qu'un poids de 99 kg pour 175 cm (pce 50 p. 2 n° 4.1), ce qui incite également à la prudence. Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances et conformément à la jurisprudence régissant la matière (cf. supra consid. 7.2 s.), le Tribunal de céans ne saurait sans autre se

rallier aux conclusions du service médical de l'OAIE qui a rendu son avis sur la base des actes au dossier sans examen personnel de l'intéressé. Par ailleurs, les certificats établis par les Dr C._____ et F._____ restent beaucoup trop succincts quant à l'évaluation des limitations fonctionnelles et de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité de substitution de sorte qu'ils ne permettent pas non plus d'importer la conviction.

10.
Compte tenu de l'importance des lacunes constatées, les actes versés à la cause ne permettent donc pas de se prononcer valablement sur l'état de santé de l'assuré et sa capacité de gain. En application de l'art. 61 al. 1 PA, il se justifie par conséquent de renvoyer exceptionnellement l'affaire à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction qui s'imposent (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Celles-ci comprendront la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un médecin interniste, d'un orthopédiste ainsi que d'un psychiatre et, le cas échéant, de tout autre spécialiste dont l'avis s'avérerait éventuellement nécessaire pour porter un jugement valable sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré (en rapport avec la hypoacousie modérée à sévère cf. pces 50 p. 2 n° 4.2.2 et 47; en ce qui concerne l'ostéoporose voir pce 6 p. 1). L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

11.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

12.
Le recourant ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 16 no-

vembre 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 400.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

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).

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :