

BVGer C-5026/2018 vom 11. Februar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5026_2018

FR: TAF C-5026/2018 du 11 février 2020

IT: TAF C-5026/2018 del 11 febbraio 2020

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

E. 1.2

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA.

E. 1.3

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis 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 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.4

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 3 septembre 2018 est recevable quant à la forme.

E. 2.1

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant franco-suisse, vivant en France - Etat membre de

l'Union européenne (UE) - a travaillé et versé des cotisations en Suisse de 1977 à 2013 (cf. AI pces 7 ; 71 ; 72). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/ 2012 (RO 2015 353). 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. 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 TFA 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 TFA 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, comme l'admet le recourant lui-même (cf. TAF pce 9), il n'est donc pas en soi déterminant que les autorités françaises lui aient reconnu le droit à une rente d'invalidité française.

E. 2.2

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 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2). En l'occurrence, vu la première décision de refus de rente d'invalidité du 23 juillet 2014 (cf. AI pce 2), la nouvelle demande de prestations du 11 mai 2016 (cf. AI pce 12 p. 7) et la décision litigieuse du 13 juillet 2018 (cf. AI pce 188), les dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur au 23 juillet 2014 et les éventuelles modifications législatives jusqu'au 13 juillet 2018 sont applicables.

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.2

En l'espèce, 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 juillet 2018. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne seront pas pris en considération dès lors qu'au regard des considérants qui vont suivre, ils ne permettent pas de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision sujette à recours (cf. annexes à TAF pces 19 et 23 ; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 24 février 2014 consid. 3.1).

E. 4.1

Il convient d'abord d'apporter quelques précisions quant à l'objet du litige.

E. 4.2

La décision dont est recours fait suite à une première demande de prestations d'invalidité déposée le 20 octobre 2013, qui avait été rejetée par décision de l'OAIE datée du 23 juillet 2014 au motif que le taux d'invalidité de l'intéressé était insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. AI pces 2 ; 81).

E. 4.3

En l'occurrence, se pose la question de savoir si la décision de l'OAIE du 23 juillet 2014 est entrée en force dès lors qu'il ressort du dossier AI qu'en date du 9 août 2014, le recourant avait adressé à l'OAIE un courrier manifestant sa volonté de recourir contre ladite décision du 23 juillet 2014 (cf. AI pce 3), mais que l'OAIE n'avait jamais transmis ce courrier de l'assuré pour compétence au Tribunal de céans. Selon les actes au dossier, l'OAIE avait transmis ledit courrier de l'assuré le 19 août 2014 pour compétence à l'OAI-C. _____ (cf. AI pce 4) et, par pli daté du 20 août 2014, l'OAI-C. _____ avait répondu à l'assuré qu'il avait la possibilité d'interjeter recours contre la décision du 23 juillet 2014 auprès du Tribunal administratif fédéral dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision litigieuse, attirant l'attention de l'intéressé que les délais ne couraient pas du 15 juillet au 15 août inclus (cf. AI pce 26). Force est de constater que l'assuré n'a jamais donné suite audit courrier de l'OAI-C. _____ du 20 août 2014.

E. 4.4

Dans une cause similaire (arrêt 9C_758/2014 du 26 novembre 2014), le Tribunal fédéral a jugé que, même si l'autorité inférieure avait violé son obligation de transmettre l'acte de

recours d'un assuré au Tribunal compétent (cf. art. 8 PA ; 30 LPGA) et que selon l'art. 39 al. 2 LPGA, le dépôt d'un recours auprès d'une quelconque autorité suisse, même incompétente, sauvegardait le délai de recours, l'assuré était tenu, suite à la réception du courrier de l'Office AI attirant son attention sur les voies de droit à suivre et selon le principe de la bonne foi, de former recours dans un délai raisonnable par-devant le Tribunal compétent. Dans l'arrêt précité, le TF a estimé que l'écoulement d'un délai de six mois entre la réception du courrier de l'Office AI attirant l'attention de l'administré sur les voies de droit à suivre et le dépôt de son recours ne constituait pas un délai raisonnable et que par conséquent, le Tribunal cantonal avait déclaré ledit recours irrecevable à juste titre (consid. 3).

E. 4.5

En l'espèce, suite à la réception du courrier de l'OAI-C. _____ du 20 août 2014 attirant l'attention de l'assuré sur les voies de droit à suivre, ce dernier n'a jamais invoqué l'irrégularité de la décision du 23 juillet 2014 par-devant le Tribunal de céans. Par conséquent, les considérations énoncées dans le cadre de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_758/2014 du 26 novembre 2014 peuvent être reprises mutatis mutandis dans la présente cause. Dans ces circonstances, il y a donc lieu de retenir que la décision du 23 juillet 2014 est entrée en force, faute d'avoir été attaquée par l'assuré par-devant le TAF dans un délai raisonnable.

E. 4.6

Il s'ensuit que l'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 13 juillet 2018 (cf. AI pce 188), par laquelle il a été dénié à l'intéressé le droit à une rente de l'assurance-invalidité au motif que ce dernier ne présentait pas un taux d'invalidité suffisant au sens de la LAI (cf. infra consid. 9) et refusé le droit à des mesures de réadaptation dès lors qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance (cf. infra consid. 10 et 11). Cette dernière fait suite à la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'assuré en date du 11 mai 2016 (cf. AI pce 12).

E. 5.1

En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b).

E. 5.2

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108

consid. 2b ; arrêt du TFA I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

E. 5.3

Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec son alinéa 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3).

E. 5.4

En l'espèce, l'OAIE est entré en matière sur la nouvelle demande. Par conséquent, le Tribunal de céans doit déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de l'assuré, si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, il rejettera le recours. Dans le cas contraire, il devra déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à la rente, autrement dit, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 11 novembre 2016 (art. 29 al.1 LAI ; cf. la nouvelle demande datée du 11 mai 2016 [AI pce 12 p. 7 n° 14] ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. 140 V 2 consid. 5 ; 142 V 547 consid. 3).

E. 6.1

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement 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 suisse (art. 36 LAI).

E. 6.2

En l'espèce, le recourant a cotisé à l'AVS/AI suisse de façon non continue entre 1977 et 2013 (cf. AI pces 7 ; 71 ; 72) pour une durée dépassant nettement les trois années minimales de cotisations requises. Partant, il remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressé est invalide au sens de la loi.

E. 7.1

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).

E. 7.2

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 demi-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 des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

E. 7.3

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 réadaptation 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).

E. 7.4

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 encore être raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

E. 7.5

En règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

E. 8.1

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, 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.

E. 8.2

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 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). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4).

E. 8.3

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 TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 8.4

Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis 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. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss). 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 1er 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 internes de médecins conseils 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 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. p. 799 n° 2920).

E. 8.5

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). 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).

E. 9.1

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 13 juillet 2018 (cf. AI pce 188), à rejeter la deuxième demande de prestations AI de l'intéressé au motif qu'une activité adaptée à son état de santé restait exigible à 100% ou, en d'autres mots, que le taux d'invalidité de l'assuré était resté inchangé depuis le 23 juillet 2014 (5%), taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

E. 9.2

En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit de l'intéressé à une rente, est celle du 23 juillet 2014 (cf. AI pce 2), rendue par l'OAIE au terme de l'examen de la première demande de prestations et rejetant le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité au motif que son taux d'invalidité s'élevait à 5% (cf. AI pce 36). C'est donc l'état de fait existant au moment de cette décision du 23 juillet 2014 qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision querellée du 13 juillet 2018 (cf. AI pce 188).

E. 9.3

Dans le cadre de la première demande de prestations AI, la décision de l'OAIE du 23 juillet 2014 était principalement fondée sur l'avis du SMR, soit pour lui la Dresse D._____. La prise de position médicale de la Dresse D._____ du 3 mars 2014 (cf. AI pce 44) est basée sur divers avis médicaux établis par des médecins consultés par l'assuré (cf. AI pces 55 ; 56 ; 58 ; 61 ; 79 ; 86) et a été rendue sur la base d'un seul examen du dossier.

E. 9.3.1

La Dresse D._____ a retenu chez l'intéressé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales sur sténose foraminale L5-S1, spondylolisthésis L5-S1 (stade I), opérées le 18 juin 2013 (arthrodèse - lamino-arthrectomie).

E. 9.3.2

Par ailleurs, au moment de la première demande de prestations AI, le médecin traitant du recourant, la Dresse H._____, a fait état chez l'assuré d'un ulcère gastrique en 1985, d'un endobrachyoœsophage, de fibrillation auriculaire ainsi que d'un syndrome dépressif réactionnel (cf. AI pces 58 p. 3).

E. 9.3.3

Sur cette base, la Dresse D._____ a retenu chez l'assuré du 31 mai 2013 au 28 février 2014 une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle de technicien de maintenance en bureautique et de 50% dans des activités adaptées. A partir de mars 2014, elle a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle ainsi que d'une capacité de travail entière dans des activités adaptées respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir des activités sédentaires n'impliquant pas le port de charges, qui permettent d'éviter les mouvements en porte-à-faux du rachis ainsi que la marche en terrain irrégulier et qui ne nécessitent pas de monter ou descendre des échafaudages et escaliers (cf. AI pce 44).

E. 9.4

Dans le cadre de la deuxième demande de prestations AI qui a abouti à la décision dont est recours, l'OAIE a recueilli les prises de position médicales du SMR et du service médical interne de l'OAIE, soit pour lui le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le Dr J._____, médecin praticien, et la Dresse K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, des 18 janvier 2017, 30 mars 2017, 3 août 2017, 29 novembre 2017 et 30 mai 2018 (cf. AI pces 148 ; 160 ; 170 ; 179 ; 187). Ces rapports médicaux reposent, quant à eux, sur divers avis médicaux établis par des médecins consultés par l'assuré après le 23 juillet 2014 et jusqu'au 13 juillet 2018 (cf. AI pces 15 ; 97 ; 98 ; 101 ; 103 ; 104 ; 106 p. 4 ; 107 ; 112 à 125 ; 127 ; 135 ; 136 p. 1, 3 et 4 ; 138 ; 140 à 145 ; 163 ; 167 ; 185) et ont été rendus après le seul examen du dossier.

E. 9.4.1

Du point de vue psychiatrique, la Dresse K._____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0), et noté que l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail d'étiologie psychique dans toute activité professionnelle (cf. AI pces 179 ; 187).

E. 9.4.2

Du point de vue somatique, les Drs F._____ et J._____ ont posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales L5 sur sténose foraminale L5-S1 sur antélisthésis L5-S1 de stade 1 (M51.1 ; status post-PLIF et arthrodèse postérieure après réduction de l'antélisthésis L5-S1, lamino-arthrectomie L5-S1 le 18 juin 2013), d'endobrachyoesophage et de fibrillation auriculaire. Ainsi, ils ont retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de technicien de maintenance en bureautique ainsi qu'une capacité de travail entière dans des activités adaptées respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, soit dans des activités sédentaires, permettant d'alterner les positions (assise-debout), qui n'impliquent ni le port de charges, ni les mouvements en porte-à-faux du rachis, ni les marches prolongées de plus de 10 minutes, ni les déplacements en terrain irrégulier, ni la descente ou la montée d'escaliers ou d'échafaudages (cf. AI pces 148 ; 160 ; 170). Sur cette base, les Drs F._____ et J._____ ont retenu que les éléments médicaux fournis par l'assuré dans le cadre de sa deuxième demande de prestations n'apportaient pas la preuve d'une modification objective, significative et durable de son état de santé depuis la précédente décision du 23 juillet 2014 (cf. AI pces 148 p. 3 ; 160 p. 3 ; 170 p. 2 s.).

E. 9.4.3

Si, dans le cadre de la deuxième demande de prestations présentée par l'assuré en date du 11 mai 2016, l'autorité inférieure, le SMR et le service médical interne de l'OAIE ont considéré que les documents médicaux produits par le recourant n'apportaient pas d'éléments nouveaux justifiant des incapacités de travail supplémentaires que celles d'ores et déjà retenues auparavant (cf. AI pces 148 ; 160 ; 170 ; 179 ; 187 ; 188), ces derniers ont revu leur position en procédure de recours (cf. TAF pce 11 ; annexe à TAF pce 11). Ainsi, dans son avis médical du 20 décembre 2018 (cf. annexe à TAF pce 11), le Dr M._____ du service médical interne de l'OAIE a relevé que le dossier présentait des éléments cliniques sur le plan psychiatrique qui pourraient évoquer un trouble dépressif et qu'il était nécessaire de procéder à l'évaluation de la capacité de travail selon les indicateurs standards, mais que cette analyse n'était pas possible en l'état actuel du dossier. Ainsi, ce médecin a proposé la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, en Suisse. Dans sa duplique du 11 janvier 2019 (cf. TAF pce 11), l'OAIE, suivant l'avis du Dr M._____, a proposé l'admission du recours et le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure

pour un complément d'instruction médicale. Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr M. _____ et des conclusions de l'autorité inférieure, pour les raisons qui vont suivre.

E. 9.4.4

En ce qui concerne l'évaluation psychiatrique et comme relevé à juste titre par le Dr M. _____ dans sa prise de position médicale du 20 décembre 2018 (cf. annexe à TAF pce 11), il existe effectivement un doute sur l'existence d'un ou de plusieurs troubles psychiques invalidants. En effet, le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait état chez le recourant d'une symptomatique dépressive légère (cf. AI pce 185). Par ailleurs, d'autres médecins consultés par le recourant ont attesté que l'assuré souffrait de troubles de sommeil avec répercussion sur son moral (cf. AI pce 104) et ils ont noté chez ce dernier une anxiété ainsi qu'une thymie triste (cf. AI pce 167). Même si ces médecins n'ont pas posé de diagnostics psychiatriques selon un système de classification reconnu ni examiné le caractère invalidant de ceux-ci conformément aux exigences jurisprudentielles et que la valeur probante de ces rapports est limitée, ils suffisent à semer un doute sur l'existence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles psychiques invalidants. En outre, l'instance inférieure n'a pas fait valoir des motifs pour lesquels il peut être renoncé à procéder à l'examen des indicateurs standards (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine). Ainsi, le Tribunal n'est pas en mesure de retenir à la vraisemblance prépondérante que le recourant ne souffre pas nouvellement d'un ou de plusieurs troubles psychiques invalidants. Le dossier médical s'avère dès lors lacunaire sur ce point.

E. 9.4.5

En ce qui concerne l'évaluation somatique, le Tribunal constate que les nouveaux documents médicaux établis après le 23 juillet 2014 et jusqu'au 13 juillet 2018 mettent en évidence deux nouvelles atteintes de la colonne vertébrale (lombaire et dorsale) qui sont de nature à rendre plausible une modification de l'état de santé de l'intéressé avec incidence sur sa capacité de travail. En effet, alors que l'imagerie médicale du rachis effectuée dans le cadre de la première demande de prestations attestait avant l'intervention chirurgicale du 18 juin 2013 (arthrodèse - lamino-arthrectomie en L5-S1 ; cf. AI pce 86 p. 1) de calcifications du disque L2-L3 sans caractère pathologique en soi (cf. AI pces 86 p. 5 ; 126 p. 2 ; 132), respectivement d'une absence d'anomalie au niveau L2-L3 en août 2013, (soit après ladite intervention chirurgicale ; cf. AI pce 86 p. 3 et 4) et d'une ostéophytose discrète en D9-D10 en mars 2013 (cf. AI pce 132), les examens IRM produits dans le cadre de la deuxième demande de prestations AI ont fait état d'une hernie intraspongieuse en L2 survenue en décembre 2014 après des efforts de bricolage importants et d'une nouvelle hernie intraspongieuse en D10 détectée en septembre 2016 (cf. AI pces 15 p. 3 ; 106 p. 4 ; 116 ; 118). Au sujet de ces deux nouvelles hernies intraspongieuses, le SMR a conclu à l'absence de modification radiologique significative. Ainsi, faisant référence à un rapport d'IRM du 8 juin 2015 du Dr P. _____ (cf. AI pce 118), il a estimé que lesdites hernies intraspongieuses en L2 et en D10 ne constituaient pas un facteur aggravant vu leur caractère bénin et que dès lors, elles ne modifiaient pas la capacité de travail de l'intéressé telle que retenue auparavant (AI pces 148 ; 160 p. 2 ; 170 p. 2). Toutefois, le Tribunal ne peut pas se rallier à cet avis du SMR car à la lecture dudit rapport d'IRM du rachis lombaire du 8 juin 2015 du Dr P. _____ (cf. AI pce 118), il ne ressort pas que les hernies intraspongieuses en L2 et D10 étaient bénignes. En réalité, le Dr P. _____ a confirmé le caractère bénin d'un oedème osseux autour de la hernie intraspongieuse de L2, oedème qui avait fait l'objet de

nombreux examens médicaux à partir de décembre 2014 (cf. à ce sujet AI pces 97 ; 98 ; 122 ; 123 p. 2 s. ; 124 ; 127). En outre, dans son rapport d'IRM du rachis lombaire du 8 juin 2015, le Dr P._____ ne s'est pas prononcé au sujet de la hernie discale intraspongieuse en D10. Par ailleurs, aucun document au dossier n'atteste que les hernies intraspongieuses situées en L2 et en D10 étaient bénignes. Il s'ensuit que le SMR ne pouvait pas conclure en l'état du dossier à l'absence de modification radiologique significative depuis la précédente décision du 23 juillet 2014. Dans ces circonstances, l'argument du SMR consistant à dire que les nouvelles dorsalgies et l'exacerbation des lombosciatalgies dont se plaignait l'assuré depuis fin 2014 (cf. AI pces 127 ; 167 p. 1) étaient par essence subjectives et qu'elles ne s'accompagnaient d'aucune modification objective et significative de l'état de santé de l'assuré (cf. AI pces 160 p. 3 ; 170 p. 2), tombe à faux.

E. 9.4.6

Puis, dans son rapport de consultation spécialisée du rachis du 6 juin 2017 (cf. AI pce 167 p. 3), le Dr G._____ a relevé qu'en présence de mouvements anormaux des membres inférieurs la nuit, un syndrome des jambes sans repos était un diagnostic possible, mais qu'il nécessiterait toutefois un examen adapté. A ce sujet, le SMR a retenu que, outre le fait que ledit nouveau diagnostic supplémentaire n'était pas documenté, il s'agissait surtout d'un diagnostic bénin, sans répercussion sur la capacité de travail (cf. AI pce 170 p. 3). Ce faisant, le SMR a rendu son avis final en présence d'un état de fait médical non établi par des spécialistes.

E. 9.4.7

En outre, le SMR, se basant sur un rapport médical du Dr Q._____, neurochirurgien, du 19 septembre 2016 (cf. AI pce 106 p. 4), a retenu dans sa prise de position médicale du 30 mars 2017 (cf. AI pce 160) « que des limitations fonctionnelles supplémentaires se justifient, à savoir une alternance des positions (assise-debout) et l'absence de marches prolongées de plus de 10 minutes, sans que cela n'affecte pour autant la capacité de travail ». Le Tribunal constate que le SMR n'a nullement motivé les raisons pour lesquelles lesdites nouvelles limitations fonctionnelles supplémentaires n'auraient pas d'effet sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée.

E. 9.4.8

Par ailleurs, le Tribunal de céans constate que les prises de position du SMR ont été établies sur la base d'un dossier incomplet, dès lors que ce dernier ne comporte notamment ni le rapport d'invalidité du 29 avril 2016, ni les résultats de l'imagerie du 29 décembre 2014, auxquels se réfère la Dresse E._____ dans le rapport médical E 213 du 2 juin 2016 (cf. AI pce 15 p. 2 n° 2.2 et p. 3 n° 5.4), ni la radiographie de la colonne vertébrale établie en 2017 à laquelle se réfère le Dr G._____ dans son rapport de consultation spécialisée du rachis du 6 juin 2017 (cf. AI pce 167 p. 2), ni l'IRM de la colonne dorsale effectuée en date du 14 septembre 2016 sur laquelle se fonde le Dr Q._____ dans sa prise de position médicale du 19 septembre 2016 (cf. AI pce 106 p. 4), ni le rapport de l'hospitalisation de l'intéressé en unité de neurochirurgie en décembre 2014, dont fait état la Dresse H._____ dans son rapport médical du 21 novembre 2016 (cf. AI pce 104).

E. 9.4.9

En l'état, les appréciations des médecins du SMR et du service médical interne de l'OAIE ne sauraient par conséquent se voir reconnaître une valeur probante suffisante.

E. 9.4.10

Au demeurant, s'agissant de la valeur probante du rapport de consultation spécialisée du rachis du 6 juin 2017 établi par le Dr G. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin adjoint agrégé du Service de rhumatologie des Hôpitaux I. _____ (cf. AI pce 167) que l'assuré a produit dans le cadre de sa deuxième demande de prestations, le Tribunal constate que même si les conclusions du rapport du Dr G. _____ sont fondées sur un examen clinique de l'assuré (cf. « Examen clinique dirigé », cf. p. 2) et sur des examens complémentaires, à savoir une IRM effectuée en 2016 ainsi qu'une radiographie de la colonne vertébrale établie en 2017 (cf. p. 2) et qu'il prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré (cf. rubrique « symptômes [anamnèse en présence de l'épouse] », cf. p. 1 s.), il subsiste un doute si son rapport médical a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse dès lors qu'il ne ressort pas dudit rapport sur quels documents médicaux antérieurs ce rhumatologue s'est fondé pour rendre son avis et notamment pour retenir une aggravation notable de l'état de santé du patient depuis la deuxième partie de 2014. Par ailleurs, le (nouveau) diagnostic différentiel d'un syndrome des jambes sans repos n'a pas fait l'objet d'une étude circonstanciée, le Dr G. _____ ayant retenu « qu'il s'agirait [de l'] investiguer en tant que tel » (cf. p. 3).

E. 10.1

Par ailleurs, le recourant conclut à l'octroi de mesures de réadaptation (cf. TAF pce 9). Il convient dès lors de déterminer si le recourant a droit à de telles mesures.

E. 10.2

L'art. 8 al. 1 LAI dispose que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

E. 10.3

Aux termes de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, à savoir l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel et le service de placement (art. 15 à 18d LAI).

E. 10.4

L'art. 9 al. 1bis LAI précise les conditions d'assurance que la personne assurée doit remplir pour avoir droit à des mesures de réadaptation : le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative AVS/AI (cf. art. 1b LAI en relation avec les art. 1a et art. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]) et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement. En d'autres termes, la condition d'assurance doit être réalisée dès et aussi longtemps que la personne concernée entend bénéficier de mesures de réadaptation. Cette condition d'assurance découle de la systématique légale et s'applique à toutes les mesures de réadaptation (ATF 145 V 266 consid. 4.2 ; ATF 143 V 261 consid. 5.2.1).

E. 10.5

Selon l'art. 1b LAI, sont assurées conformément à la LAI les personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou à titre facultatif en vertu des art. 1a et 2 LAVS. Sous réserve des

exemptions prévues à l'art. 1a al. 2 LAVS, sont obligatoirement assurées à l'AVS en particulier les personnes physiques domiciliées en Suisse (art. 1a al. 1 let. a LAVS) et celles qui y exercent une activité lucrative (art. 1a al. 1 let. b LAVS). En outre, les ressortissants suisses et les ressortissants des Etats membres de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) vivant dans un Etat non membre de l'UE ou de l'AELE qui cessent d'être soumis à l'assurance obligatoire après une période d'assurance ininterrompue d'au moins cinq ans peuvent adhérer à l'assurance facultative (art. 2 al. 1 LAVS).

E. 10.6

En l'occurrence, au moment de la décision litigieuse, soit le 13 juillet 2018, le recourant ne pouvait pas être assuré de manière facultative à l'AVS/AI suisse en raison de son domicile dans un Etat membre de l'Union européenne (UE). En outre, étant domicilié en France, ayant cessé son activité professionnelle en Suisse le 31 mai 2013 et n'ayant plus repris d'activité professionnelle en Suisse depuis lors (cf. AI pces 6 ; 7 ; 68 p. 2 ss ; 99 p. 3 s.), l'intéressé ne pouvait pas non plus être assuré le 13 juillet 2018 de manière obligatoire à l'AVS/AI suisse. Par voie de conséquence, les mesures de réadaptation doivent lui être refusées.

E. 11.1

L'ALCP (voir supra consid. 2.1) prévoit toutefois une clause de prolongation d'assurance qui maintient, à certaines conditions, l'assujettissement à l'AVS/AI suisse (Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 9 p. 123 s. n° 24 s.). Ainsi, en vertu du point 8 de la let. i du par. 1 de la section A de l'annexe II à l'ALCP (dans sa teneur en vigueur dès le 1er avril 2012 ; auparavant : voir point 9 de la let. o du par. 1 de la section A de l'annexe II à l'ALCP), lorsqu'une personne qui exerçait en Suisse une activité lucrative salariée ou non salariée couvrant ses besoins vitaux a dû cesser son activité suite à un accident ou une maladie et qu'elle n'est plus soumise à la législation suisse sur l'AI, elle est considérée comme couverte par cette assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation jusqu'au paiement d'une rente d'invalidité ainsi que durant la période pendant laquelle elle bénéficie de ces mesures, à condition qu'elle n'ait pas repris une nouvelle activité hors de Suisse (voir également annexe XI, « Suisse », ch. 8 du règlement n° 883/2004 ; auparavant : annexe VI, « Suisse », ch. 9 du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 [RO 2004 121] applicable jusqu'au 31 mars 2012). La norme prévoit ainsi une continuation d'assurance s'agissant du droit à des mesures de réadaptation de l'AI, visant à éviter que des travailleurs devenus invalides et quittant de ce fait la Suisse perdent le droit à des mesures de réadaptation en cessant d'être assurés à l'AI en raison de l'abandon de leur activité dans ce pays (ATF 132 V 244 consid. 6.3.1). Bien que le point 8 de la let. i du par. 1 de la section A de l'annexe II à l'ALCP ne prévoit pas de limite temporelle à la prolongation de l'assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation, celle-ci n'est cependant pas par essence illimitée dans le temps. Elle vise en effet à faciliter de manière transitoire - et sans lacune - le retour de la personne devenue invalide en Suisse dans le pays dans lequel elle réside, dont la législation lui sera alors applicable. Aussi, la couverture d'assurance prend fin, au plus tard, au moment où le cas est définitivement liquidé sous l'angle du droit de l'AI suisse par le versement d'une rente entière ou partielle (et que des mesures de réadaptation ne sont pas envisagées en parallèle) ou par une réadaptation mise en oeuvre avec succès. Il en va de même lorsque l'intéressé reprend une activité lucrative hors de Suisse ou qu'il bénéficie des prestations de l'assurance-chômage de son Etat de résidence (ATF 132 V 53 consid. 6.6). Dans toutes ces situations, l'intéressé est

en principe soumis à la législation de l'Etat de résidence (ou du [nouvel] emploi), de sorte qu'une continuation d'assurance sans limite temporelle n'a pas de raison d'être (ATF 132 V 244 consid. 6.4.1 ; ATAF 2017 V/7 consid. 6.1 à 6.7 et 6.8.4 ; arrêts du TAF C-148/2016 du 28 février 2018 consid. 5 et C-4322/2016 du 5 novembre 2018 consid. 12.3).

E. 11.2

En l'occurrence, il est incontesté que le recourant s'est inscrit à l'organisme de chômage français Pôle emploi et qu'il a touché des allocations d'aide au retour à l'emploi (ARE) du 12 mai 2014 au 15 décembre 2014 (cf. AI pces 35 ; 99 p. 3 ; 110 p. 1) et durant la période du 15 septembre 2016 au 30 novembre 2016 (cf. AI pce 110 p. 3). Ainsi, la couverture d'assurance pour les mesures de réadaptation a en effet pris fin au plus tard au moment où l'intéressé a été mis au bénéfice desdites prestations de l'assurance-chômage française. Au jour de la décision attaquée, soit au 13 juillet 2018, le recourant ne remplissait dès lors manifestement pas la condition de la prolongation d'assurance prévue par le point 8 de la let. i du par. 1 de la Section A de l'Annexe II à l'ALCP. C'est donc à juste titre que l'OAIE a rejeté sa demande tendant à l'octroi de telles mesures.

E. 12.1

Au vu de ce qui précède, le recours de l'intéressé, en tant qu'il conteste le refus de l'OAIE de lui octroyer des mesures de réadaptation, doit être rejeté et la décision attaquée être confirmée sur ce point. En revanche, il doit être admis partiellement en tant qu'il conteste le refus de l'autorité inférieure de lui octroyer une rente d'invalidité, la décision du 13 juillet 2018 doit être partiellement annulée et l'affaire doit être renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances 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, 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 du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [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'avèrent nécessaires (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 ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure est justifié.

E. 12.2

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit du recourant à une rente d'invalidité, 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'intéressé et de son évolution pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. supra consid. 9.4.8). Puis, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, orthopédie (au lieu de

rhumatologie en raison du status post-PLIF et arthrodèse postérieure après réduction de l'antélisthésis L5-S1, lamino-arthrectomie L5-S1 le 18 juin 2013), neurologie (en raison d'un possible syndrome des jambes sans repos et de la limitation du temps de marche à dix minutes) et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra établir, en comparant l'état de fait existant au moment la première décision de l'OAIE du 23 juillet 2014 avec l'état de santé actuel, s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé du recourant après le 23 juillet 2014 (cf. arrêt du TAF C-5626/2017 du 16 juillet 2019 consid. 5.9.2). Afin de répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418), dite expertise devra être faite en Suisse. L'autorité inférieure devra ensuite rendre une nouvelle décision.

E. 13.1

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

E. 13.2

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (cf. TAF pce 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.