

BVGer C-6382/2019 vom 8. Juni 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6382_2019

FR: TAF C-6382/2019 du 8 juin 2022

IT: TAF C-6382/2019 del 8 giugno 2022

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours contre la décision du 6 novembre 2019 prise par l'OAIE. Le recourant a qualité pour recourir, étant directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). Par décisions incidentes des 12 et 20 février 2020, le TAF a accordé l'assistance judiciaire partielle, respectivement nommé Me Karim Hichri comme avocat d'office et l'avance de frais de 800 francs déjà versée a été remboursée (TAF pces 9 et 13; cf. courrier du 24 mars 2020). Le Tribunal peut donc entrer en matière sur le fond du recours.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit ainsi du plein pouvoir d'examen.

E. 2.2

Le TAF définit les faits - avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) - et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, 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. 2.3.1

En particulier, le TAF examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente, étant précisé que l'examen de la compétence de l'autorité de première instance ne constitue pas une condition de recevabilité du recours (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment : TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67).

E. 2.3.2

L'art. 55 LAI détermine l'Office AI compétent à raison du lieu et prévoit qu'en règle générale, l'Office compétent est celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. Le Conseil fédéral règle la compétence dans des cas spéciaux. Ainsi, l'art. 40 al. 1 let. b du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) stipule que l'OAIE est compétent pour enregistrer et examiner les demandes de prestations si les assurés sont domiciliés à l'étranger. Les al. 2 et 2bis sont réservés. Aux termes de l'al. 2 de la disposition, l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions. Cette division de compétence que l'al. 2 instaure est fondée sur l'idée que l'office AI cantonal est plus à même de procéder aux instructions nécessaires pour les frontaliers qui travaillent ou ont travaillé sur son territoire. Pourtant, la compétence de l'OAIE pour rendre la décision (cf. art. 40 al. 2 RAI, troisième phrase) est essentielle du point de vue de l'application uniforme du droit aux personnes résidant à l'étranger ce qui est également dans l'intérêt de la sécurité du droit. De plus, l'OAIE assure de cette façon sa fonction en tant qu'organe de liaison pour les institutions d'assurance étrangères (arrêts du Tribunal fédéral [ci-après : TF] I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 3.1 à 3.3; I 8/02 du 16 juillet 2002 consid. 2.4; TAF C-3811/2018 du 14 janvier 2020 consid. 2.2.2; C-2687/2006 du 27 août 2008 consid. 3.2.2).

E. 2.3.3

En l'espèce, il est constant au regard du droit cité que l'OAIE était compétent pour rendre la décision querellée. Toutefois, cet office a également instruit la nouvelle demande de prestations de l'assuré après que l'Office AI cantonal la lui a transmise pour compétence, du reste, sans explication quelconque (AI pce 114). Or, ce transfert du dossier et l'examen de la nouvelle demande de prestations par l'OAIE n'était pas correct au regard de l'art. 40 al. 2 RAI cité. En effet, l'assuré habite toujours dans la zone frontière, soit dans le département (...), en région (...), même s'il a changé de domicile de (...) à (...) (cf. notamment AI pces 58 et 115). En outre, si l'assuré lors de sa deuxième demande de prestations a certes avancé de nouvelles atteintes au niveau de ses épaules et du coude droit, il a également remarqué qu'il présentait toujours ses autres problèmes de santé lesquels remontaient à l'époque de son activité en tant que frontalier en Suisse, et notamment qu'il se trouvait depuis le 19 janvier 2015 en incapacité de travail alors qu'à ce moment-là il suivait l'apprentissage organisé par l'Office AI cantonal sur son territoire (AI pce 115; voir aussi AI pce 153). Plus encore, si selon la jurisprudence, il est possible dans certaines circonstances de transférer la

compétence de l'office AI cantonal à l'OAIE lorsque des raisons d'économie de procédure ou des considérations juridiques plaident en cette faveur (cf. TF I 8/02 du 16 juillet 2002 consid. 2.4; TAF C-3811/2018 du 14 janvier 2020 consid. 2.2.4; C-6143/2015 du 8 février 2017 consid. 2.3), le TAF estime qu'en l'occurrence le dossier ne fait pas état d'un tel motif d'autant plus que l'Office cantonal avait déjà instruit la première demande de prestations et qu'il était donc plus à même d'examiner la nouvelle demande. Dès lors, l'OAIE - certes compétent pour rendre la décision attaquée - était incompétent pour examiner la nouvelle demande de prestations de l'assuré. La décision querellée s'avère irrégulière sur ce point (voir aussi TAF C-1169/2019 du 19 février 2020 consid. 3.2.2).

E. 2.3.4

Cela étant, selon la jurisprudence, ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'une décision viciée est considérée comme nulle (ATF 137 I 273 consid. 3.1; 132 II 21 consid. 3.1; 129 V 485 consid. 2.3; 122 I 97 consid. 3a)aa; 116 Ia 215 consid. 2c). S'agissant en particulier des décisions rendues en matière de l'assurance-invalidité, la décision d'un office AI incompétent à raison du lieu n'est en principe pas nulle, mais annulable (ATF 143 V 66 consid. 4.2; 142 V 67 consid. 2.1; TF I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4.1; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3e éd. 2014, art. 53-57, n° 5). La jurisprudence a précisé que le principe d'économie de procédure permet à l'autorité de recours de renoncer à l'annulation de la décision irrégulière et à la transmission de la cause à l'autorité compétente lorsque, en particulier, l'incompétence de l'autorité inférieure n'a pas été critiquée et que la cause est en état d'être jugée (ATF 142 V 67 consid. 2.1; TF 9C_891/2010 du 31 décembre 2010 consid. 2.2; I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4; TAF C-759/2019 du 3 mars 2021 consid. 4). Dans le cas concret, le recourant n'a pas contesté l'incompétence de l'OAIE pour examiner sa nouvelle demande de prestations, ni devant celui-là, ni devant le Tribunal de céans bien que son avocat semble avoir pensé que l'instruction avait été conduite par l'Office cantonal (cf. TAF pce 20). Le point de savoir si la décision, par ailleurs rendue par l'autorité compétente, doit néanmoins être annulée, puisque le droit à des prestations n'était pas en l'état d'être jugée, peut rester indéfini dans la mesure où, comme il sera exposé ci-après, la décision doit de toute façon être annulée et la cause renvoyée à l'autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision (voir aussi : TAF C-3811/2018 du 14 janvier 2020 consid. 2.2.4). Il appartiendra alors à l'OAIE d'examiner au regard de la situation qui se présentera s'il doit recourir pour le complément d'instruction à l'Office AI cantonal au sens de l'art. 40 al. 2 RAI cité (cf. TAF C-3811/2018 cité consid. 2.2.4).

E. 3.1

L'affaire contient un aspect d'extranéité dans la mesure où le recourant qui a été assuré à l'assurance-invalidité en Suisse (AI pce 124) est ressortissant français et habite en France où il est également assuré (cf. attestation concernant la carrière d'assurance en France du 11 octobre 2013, E 205 F; AI pce 11). 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes

de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). 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 au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 3.2

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 6 novembre 2019. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

E. 3.3

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret et les anciennes versions des dispositions légales concernées seront citées ci-après.

E. 4

En l'occurrence est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que la deuxième demande de prestations de l'assuré a été rejetée. Il est par ailleurs constant que le requérant qui a totalisé 40 mois de cotisations à l'AVS/AI suisse (AI pce 124) remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente conformément à l'art. 36 al. 1 LAI (voir aussi cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

E. 5.1

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2003 3852; FF 2001 3045), 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte

pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (1^{ère} phrase). En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA; cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase, LPGA).

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). De plus, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son 18^e anniversaire. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 5.3

Selon l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon laquelle le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 5.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6.1

S'agissant en l'espèce de l'examen à effectuer par le Tribunal de céans il est rappelé que la première demande de prestations de l'assuré a été rejetée par la décision du 2 décembre 2015 de l'Office AI cantonal (AI pce 58) que le TAF a confirmée par arrêt C-445/2016 cité (AI pce 105). Cet arrêt est entré en force de chose jugée puisque le recours formé à son encontre a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral (AI pce 111; cf.

Kölz/Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3e édition 2013, n° 1194, p. 415). Il s'est donc substitué à la décision du 2 décembre 2015, en la confirmant (cf. Jérôme Candrian, *op. cit.*, n° 147 p. 91; Moser/Beusch/Kneubühler, *op. cit.*, n°3.189 ss pp. 224 s.), et limite l'examen de la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

E. 6.2

En effet, selon la jurisprudence, lorsque l'administration - comme en l'occurrence - entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit analyser si une modification du degré d'invalidité est intervenue. Elle doit procéder de manière analogue à la révision au sens de l'art. 17 LPGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (TF 9C_570/2018 du 18 février 2019 consid. 2.2.1; 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2; I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1; 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2). La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou sur la capacité d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 133 V 545 consid. 6.1; Michel Valterio, *Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)*, 2018, art. 31, n° 11 ss pp. 498 ss). Toutefois, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 137 V 210 consid. 3.4.2.3; 115 V 308 consid. 4a/bb; TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2; 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 755/04 cité consid. 5.1; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2; Michel Valterio, *op. cit.*, art. 31, n° 11).

E. 6.3

Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ forme la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (pour autant qu'il existait des indices selon lesquels la capacité de travail résiduelle était modifiée). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

E. 6.4

En l'espèce, il est constant que le dernier examen matériel du droit à la rente de la recourante, tel que décrit ci-dessus, a été effectué par l'arrêt C-445/2016 précédent du TAF. L'état de fait alors jugé, limité au 2 décembre 2015 lorsque la décision de l'OAIE contestée a été rendue (cf. consid. 3.2), forme le point de départ temporel du présent examen à pratiquer. Dès lors, le Tribunal examinera le bienfondé de la décision attaquée du 6 novembre 2019 (AI pce 169) en se prononçant sur les questions de savoir si le recourant a subi une modification notable de sa situation depuis le 2 décembre 2015 et si cette modification est propre à influencer sur son droit à une rente d'invalidité. Concrètement, dans un premier temps, le TAF déterminera ci-après la situation prévalant le 2 décembre 2015 (consid. 7). Il examinera ensuite celle du 6 novembre 2019 (consid. 8 et 9) pour la comparer à la situation antérieure (consid. 9.5).

E. 7.1

Dans son arrêt C-445/2016 cité (AI pce 105), le Tribunal de céans a retenu sur le volet médical que l'assuré souffrait d'abord de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques, de discopathies lombaires, de hernie inguinale bilatérale, ainsi que de suites d'un traumatisme de la cheville gauche (dernière intervention datant de 2008; voir notamment : le rapport d'expertise du 10 avril 2013 du Dr C._____ et rapport SMR du 11 juillet 2013 [AI pces 265 et 267]). Il présentait, en outre, à compter de 2014, une augmentation des inguinalgies en lien avec les anciennes cures de hernie inguinale ainsi qu'une maladie de Verneuil qui avait nécessité des excisions de kystes. Dans son rapport du 3 août 2015, la Dresse D._____ (AI pce 393) avait encore constaté une obésité morbide (consid. 11.1.1 de l'arrêt; AI pce 105 pp. 22 s.). Le TAF a ensuite considéré qu'il n'avait pas lieu de remettre en cause les taux d'incapacité de travail fixés par le Dr C._____, rhumatologue et médecin interniste. Concrètement, ce spécialiste avait attesté, dans le rapport d'expertise du 10 avril 2013 (voir aussi AI pce 265), que l'assuré présentait pour les lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques, les discopathies lombaires et la hernie inguinale bilatérale dont il souffrait, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de boulanger. En revanche, depuis le 25 juin 2011, le lendemain de l'accident de travail, la capacité de travail était de 90% dans une activité adaptée qui respectait les limitations ; elle tenait compte de la diminution de rendement, liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis ainsi qu'à la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Comme limitations, l'expert a indiqué que l'intéressé n'était pas en mesure d'effectuer des travaux lourds nécessitant de devoir porter des charges supérieures à 10 kg, de réaliser des mouvements répétitifs de flexion-extension, de s'exposer à des vibrations basses ainsi que de se tenir en position statique debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure (cf. let. B.b et consid. 11.2 à 11.2.2 de l'arrêt C-445/2016; AI pce 105 pp. 3 s. et 23 ss.). Le Tribunal de céans a encore noté que le SMR, dans sa prise de position du 25 août 2015 (voir aussi AI pce 397), avait à juste titre retenu que la capacité de travail de l'assuré ne s'était pas modifiée, voire dégradée, depuis l'établissement de l'expertise par le Dr C._____. Concrètement le SMR avait avancé que si les inguinalgies en lien avec les anciennes cures de hernie inguinales justifiaient une reprise chirurgicale, l'incapacité de travail y relative n'avait aucune incidence durable sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles lombaires. De même, la maladie de Verneuil, avec des poussées douloureuses itératives et la nécessité de traitements médicamenteux fréquents, et parfois de gestes chirurgicaux, pouvait certes engendrer des brefs arrêts de travail mais n'interférait pas de manière durable et significative avec l'activité professionnelle définie par les limitations fonctionnelles tout comme le port de vêtements amples en coton pour limiter les

récidives et la possibilité d'alterner les positions pour éviter la stase lymphatique. En outre, l'assuré ne présentait pas de modifications fondamentales et univoques du status clinique concernant les lombosciatalgies. Enfin, le Tribunal a remarqué que selon la jurisprudence, l'obésité morbide n'était pas susceptible de se répercuter sur le degré d'invalidité du recourant (cf. AI pce 397; let. B.q des faits et consid. 11.2.3 de l'arrêt; AI pce 105 pp. 9 s. et 25 s.).

E. 7.2

Le taux d'invalidité avait ensuite été calculé selon la méthode ordinaire de comparaison de revenus. Pour le revenu avec invalidité, le Tribunal avait retenu le salaire mensuel de 4'971.90 francs que l'assuré touchait dans le cadre de son dernier emploi et qui s'élevait, indexé à 2015, à 5'097.70 francs. Le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base des données statistiques, établies par l'Office fédéral des statistiques (OFS; ESS 2012, Tableau TA1), et compte tenu des salaires de tout secteur confondu pour un niveau de qualification 2 (tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement de données et les tâches administratives/l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/les services de sécurité/la conduite de véhicules). Adapté à l'horaire usuel et indexé à 2015, il a obtenu le montant de 6'031.30 francs, respectivement le revenu avec invalidité de 5'428.20 francs compte tenu d'une activité exercée à 90%. Il apparaissait de la comparaison de ces revenus que l'assuré ne subissait aucun préjudice économique du fait de ses atteintes à la santé (cf. consid. 13.2 à 14 de l'arrêt; AI pce 105 pp. 30 s.).

E. 7.3

En conclusion, selon la situation prévalant le 2 décembre 2015, l'assuré souffrait de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques, de discopathies lombaires, de hernie inguinale bilatérale, d'un traumatisme de la cheville gauche, d'inguinalgies, de la maladie de Verneuil ainsi que d'une obésité morbide et en raison des atteintes rhumatologiques, il ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais dans une activité adaptée aux limitations décrites par l'expert rhumatologue sa capacité de travail était dès le 25 juin 2011 de 90%. Enfin, malgré ses atteintes à la santé, l'assuré ne subissait aucun préjudice économique et, partant, n'avait pas droit à une prestation de l'assurance-invalidité.

E. 8

Il sied d'examiner la situation au 6 novembre 2019, lorsque la décision querellée a été rendue (cf. consid. 6.4).

E. 8.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) - aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) - l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'occurrence (cf. consid. 4 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est

incapable de travailler compte tenu de ses limitations (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Il revient ensuite aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2; au niveau psychiatrique : TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

E. 8.2

D'abord, dans le cadre de l'affaire précédente C-445/2016 citée, l'assuré a produit le certificat médical du 12 décembre 2015 du Dr E._____, psychiatre et psychothérapeute, lequel mentionne que l'assuré souffre d'obésité morbide, de pathologies cutanées invalidantes et de séquelles physiques d'accident de travail et qu'il présente un état anxio-dépressif réactionnel, une impulsivité qui s'est traduite par un passage à l'acte violent et un sentiment sensitif de persécution en rapport avec une accumulation de difficultés ; ce médecin propose une psychothérapie mensuelle afin de sortir l'assuré de la position de victime (AI pce 142; cf. arrêt C-445/23016 cité let. C.a des faits et consid. 11.1.2; AI pce 105).

E. 8.3

Ensuite, suite à la nouvelle demande de prestations, les pièces médicales suivantes ont été produites : - un extrait du rapport du 24 août 2016 à l'en-tête du Centre (...) F._____, faisant état de la consultation de l'assuré pour dyspnée et oedème des membres inférieurs (OMI), évoluant depuis 15 jours (AI pce 140), - le rapport médical manuscrit du 10 septembre 2016, difficilement lisible, à l'entête du Centre (...) G._____, faisant état d'une lésion cutanée au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche et de la maladie de Verneuil (AI pce 138), - le certificat médical du 7 décembre 2016 établi par le Dr H._____, attestant l'exérèse sous anesthésie locale d'un nodule du pli sous fessier gauche (AI pce 139), - les résultats du 5 janvier 2017 de l'oxymétrie, établis par la Dresse I._____ laquelle conclut que les résultats sont en faveur d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAS; AI pce 133), - les résultats du 28 novembre 2017 de l'examen par TDM de l'épaule, dictés par le Dr J._____, notant une tendinite scapulo-humérale (PSH; AI pce 136), - le rapport du 28 novembre 2017, incomplet, du Centre (...) F._____, faisant état de douleurs et limitations d'amplitude du bras droit après une chute sous la douche en raison d'un malaise type vagal avec sensation de voile noire et sueur (AI pce 143), - les résultats du 5 avril 2018 de l'examen par IRM de l'épaule droite, signés par le Dr K._____ lequel fait état d'une tendinopathie chronique assez diffuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule et d'une bursite sous-acromiale associée (AI pce 135), - les résultats du 1er juin 2018 de l'échographie du coude droit, établis par le Dr L._____ qui conclut à une épicondylite latérale droite modérée (AI pce 146), - la prescription de médicaments divers du 30 août 2018, signée par le Dr M._____ (AI pce 134), - les résultats du 9 octobre 2018 de l'examen par IRM de l'épaule gauche, signés du Dr N._____ lequel observe une tendinopathie non fissuraire de la coiffe supérieure et une discrète bursite réactionnelle associée (AI pce 145), - la prescription de kinésithérapie du 27 novembre 2018 par la Dresse O._____, médecin généraliste (AI pce 137), - le rapport manuscrit du 28 janvier 2019 de la Dresse O._____ laquelle informe être régulièrement consultée par l'assuré pour plusieurs problèmes de santé dont sa cheville gauche douloureuse depuis son accident du 19 janvier 2015 et qu'il a été en arrêt de travail jusqu'au 31 septembre 2018 ; depuis lors, il se trouve en invalidité de catégorie 2 (AI pce 147), - le

rapport manuscrit du 4 février 2019 du Dr P. _____ qui observe que l'assuré présente des troubles de la flexion et une plaie contondante de 3 cm sur l'avant-bras gauche (profonde ++) ainsi que de troubles sensitifs ; il confie l'assuré pour exploration chirurgicale (AI pce 144), - le rapport médical détaillé E 213 du 22 février 2019 du Dr Q. _____ lequel mentionne les antécédents médicaux, soit la maladie de Verneuil, une lombo-radiculalgie L4-L5 sur canal lombaire limitée depuis 2012, une chirurgie bariatrique (sleeve) le 31 mars 2017 (160 kg avant l'opération), une hernie inguinale en 2008, une SAS appareillée la nuit et de l'asthme, les symptômes actuels, soit des lombalgies récidivantes, des séquelles neuropathiques d'une lésion du nerf génito-crural droit, des séquelles de ligamentoplastie de la cheville gauche, le traitement actuel ainsi que le résultat de son examen et les limitations de la mobilité dorsolombaire ; s'il mentionne sous les observations (p. 3) que l'assuré ne pourra probablement pas reprendre son travail de boulanger mais reste capable d'exercer une activité adaptée à temps partiel après un reclassement, il ne répond pas concrètement sur les questions relatives aux restrictions et la capacité de travail et note que l'assuré a été reconnu invalide de la catégorie 2 (AI pce 121), - la prise de position médicale du 13 juin 2019 du Dr R. _____ du SMR, spécialisé en médecine générale, qui atteste que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé mais que la capacité de travail résiduelle demeure entière dans une activité adaptée aux nouvelles limitations fonctionnelles ; à ce sujet il préconise une position de travail alternée et note que l'assuré doit éviter la rotation du tronc, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de se pencher, de porter de charges au-dessus de 10 kg et que l'assuré a de difficultés dans les déplacements, de monter sur une échelle ou un échafaudage, de monter les escaliers et de marcher sur un terrain irrégulier (AI pce 155; voir aussi consid. 9).

E. 8.4

Suite au projet de décision du 18 septembre 2019, l'assuré a versé en cause le certificat du 27 novembre 2018 de la Dresse O. _____ laquelle attestait que l'état de santé rendait l'assuré inapte à tout travail pour une durée indéfinie à compter du 27 novembre 2018 (AI pce 167). Le Dr R. _____, dans la prise de position du 25 octobre 2019, maintenait ses conclusions précédentes (AI pce 169; voir aussi consid. 9).

E. 8.5

Dans le cadre de la présente procédure de recours, ont été déposées les nouvelles pièces médicales ci-après : - le compte rendu opératoire du 1er octobre 2008 concernant une ligamentoplastie de la cheville gauche en raison d'une instabilité de la cheville (TAF pce 1 annexe 56), - le certificat du 29 mars 2011 de la Dresse S. _____ qui atteste que l'assuré nécessite des soins pour sa cheville gauche (TAF pce 1 annexe 58), - les résultats du 5 juin 2012 de l'IRM lombaire et du bassin, décrits par le Dr T. _____ lequel note une protrusion discale médiane et paramédiane droite en L4-L5, un petit épanchement articulaire postérieure L4-L5 et L5-S1 des deux côtés et une hernie inguinale indirecte et toute petite hernie résiduelle inguinale droite (TAF pce 1 annexe 60), - la prescription du 24 avril 2016 de médicaments à l'en-tête du Centre (...) F. _____ (TAF pce 1 annexe 43), - l'ordonnance du 30 août 2016 pour faire pratiquer une échographie et radiographie de la cheville gauche, signée par la Dresse O. _____ (TAF pce 1 annexe 54), - l'avis d'incapacité de travail totale du 7 octobre 2016 de la Dresse O. _____ relatif à la ligamentoplastie de la cheville gauche, affection apparue en 2004 (TAF pce 1 annexe 28), - la prescription du 10 septembre 2016 de médicaments à l'en-tête du Centre (...) G. _____ (TAF pce 1 annexe 42), - le rapport du 15 février 2017, signé par le Dr U. _____ qui pose comme diagnostic une

tumeur maligne du sein, sans précision, et l'ordonnance du même jour de ce médecin pour faire pratiquer une mammographie (TAF pce 1 annexes 37 et 38), - les bulletins de situation des 3 et 20 avril 2017 à l'en-tête de la Clinique V._____ et du Centre W._____, faisant état d'une entrée le 30 mars 2017, d'un transfert le 3 avril 2017 et d'une sortie le 20 avril 2017 (TAF pce 1 annexes 17 à 19), - divers avis d'arrêt de travail, le premier daté du 19 janvier 2015 et le dernier du 17 août 2017, signés par différents médecins (TAF pce 1 annexes 1 à 16 et 20), - les résultats du 16 novembre 2017, signés du Dr X._____, de l'examen par IRM du rachis lombaire qui a été pratiqué en raison d'une sciatique gauche récidivante depuis 2013 (TAF pce 1 annexe 61), - la prescription du 30 août 2018 de médicaments, signée par le Dr M._____ (TAF pce 1 annexe 46), - la prescription du 18 octobre 2018 de la Dresse O._____ pour faire des infiltrations aux épaules droite et gauche sur bursite et au coude droit sur épicondylite (TAF pce 1 annexe 35), - la prescription du 21 janvier 2019 de médicaments par le Dr Y._____ (TAF pce 1 annexe 48), - le rapport du 5 février 2019 du Dr Z._____, faisant état d'une plaie au niveau du poignet gauche avec suspicion d'atteinte d'un tendon fléchisseur du pouce ainsi que de plaie ouverte d'autres parties de l'avant-bras (TAF pce 1 annexe 31), - la prescription du 22 novembre 2019 de médicaments par la Dresse O._____ (TAF pce 1 annexe 49), - la prise de position du 7 février 2020 du Dr R._____ du SMR (TAF pce 11 annexe 2) lequel conclut que l'état de santé de l'assuré est plus grave que considéré dans les avis précédents mais que la capacité de travail médico-théorique demeurait de 90% dans une activité adaptée (TAF pce 11 annexe 2; voir aussi consid. 9), - la prise de position du 10 juillet 2020 du Dr R._____ concernant le rapport médical du 12 décembre 2015 du Dr E._____ (TAF pce 24 annexe 2; voir consid. 9), - les deux ordonnances du 30 juillet 2020, établies par la Dresse Aa._____, médecin généraliste, pour une infiltration des épaules et du coude droit par échographie et des médicaments divers (TAF pce 26 annexes 1 et 2), - l'attestation médicale d'interruption d'activités du 20 janvier 2020 de la Dresse O._____ (TAF pce 33 annexe 2), - les prescriptions des 20 novembre et 4 décembre 2020 de médicaments divers par la Dresse O._____ (TAF pce 33 annexe 1 et pce 35 annexe 2).

E. 8.6

Dans le dossier se sont encore trouvés les documents suivants : - le consentement signé par l'assuré le 18 janvier 2016 concernant l'intervention par exérèse de lésions sous-cutanées sous anesthésie locale (TAF pce 1 annexe 41), - la décision du 7 mars 2017 de la sécurité sociale française accordant la carte de priorité pour personne handicapée du 3 juillet 2017 au 2 juillet 2022, la station debout pénible ayant été reconnue (AI pce 164 p. 2 et pce 165), - un courrier du 2 mai 2017, faisant état d'une réclamation en responsabilité civile de l'assuré contre un médecin (AI pce 1 annexe 21), - la notification de pension d'invalidité du 7 septembre 2018 de la sécurité sociale française après révision médicale par laquelle l'assuré a été reconnu invalide de catégorie 2 dès le 1er octobre 2018 (AI pce 130), - la décision du 2 avril 2019 de la sécurité sociale française octroyant une allocation aux adultes handicapés du 1er décembre 2018 au 2 juillet 2022 pour un taux d'incapacité, AAH temporaire de 50-79% (AI pce 164 p. 1), - le questionnaire à l'assuré du 30 avril 2019 duquel il ressort que celui-ci n'a pas repris de travail depuis l'abandon de l'apprentissage le 23 février 2015 (AI pce 131 pp. 1 ss), - le questionnaire pour l'employeur, rempli le 17 mai 2019 par Bb._____ (AI pce 153), - la note interne du 14 août 2019 de l'OAIE qui retient comme date de l'aggravation de l'état de santé justifiant de nouvelles limitations le 5 avril 2018 (AI pce 160), - l'évaluation de l'invalidité du 23 août 2019 en application de la méthode générale et selon des données statistiques suisses s'agissant du revenu sans et avec invalidité ; elle

fait état d'un taux d'invalidité de 10% (AI pce 161), - l'attestation de paiement de pension du 8 janvier 2020 de l'assurance sociale française (TAF pce 8 annexe 8), - la description par l'assuré de ses atteintes aux membres inférieurs et supérieurs et les limitations consécutives ainsi que des fiches informatives concernant la maladie de Verneuil et un taux de triglycérides trop élevé (TAF pce 1 annexes 29, 36 et pce 35 annexe 1).

E. 9.1

Sur le volet médical, l'OAIE a fondé sa décision principalement sur les avis du Dr R. _____ du SMR qui est spécialisé en médecine générale (AI pces 155 et 169; TAF pce 11 annexe 2 et pce 24 annexe 2).

E. 9.2.1

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio, op. cit., art. 57 n° 33).

E. 9.2.2

Il n'est pas interdit à l'administration et au Tribunal de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical de l'OAIE qui ne se basent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré-e (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de la personne assurée (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 9.2.3

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se baser sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour

l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 5).

E. 9.3

Il sied de décider si au regard de ce qui précède, les conclusions du médecin du SMR permettent de porter un jugement final sur les questions litigieuses (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2; TF 9C_667/2020 du 29 décembre 2020 consid. 3.2).

E. 9.4.1

Dans un premier temps (prise de position médicale du 13 juin 2019; AI pce 155), le TAF constate que le Dr R. _____ du SMR a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies L4-L5 non déficitaires sur canal étroit (M 54.5), de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche [recte : droite] (AI pces 135, 136 et 143) ainsi que de séquelles douloureuses après ligamentoplastie de la cheville droite [recte : gauche] (notamment : TAF pce 1 annexe 56). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a noté une obésité (opération bariatrique sous forme de sleeve, le 31 mars 2017; AI pce 121), un SAS (appareillé la nuit; AI pces 121 et 133) et de l'asthme (AI pce 121). Dans le cadre de la présente procédure de recours (prise de position du 7 février 2020; TAF pce 11 annexe 2), le médecin du SMR a par ailleurs observé que les documents médicaux produits par le recourant font état d'un status après ligamentoplastie de la cheville gauche en 2007 (TAF pce 1 annexe 56), d'une entorse de la cheville gauche traitée par orthèse pendant 15 jours dès le 19 janvier 2015 (AI pce 187 et arrêt du TAF cité let. B.I des faits; TAF pce 1 annexe 58), de l'ablation de kystes cutanés des cuisses dans le cadre d'une maladie de Verneuil le 30 janvier 2015 (AI pce 188), de douleurs de la cheville gauche en août 2016 (TAF pce 1 annexe 54), d'un traitement antibiotique en septembre 2016, d'une masse du QSE du sein droit en février 2017 (TAF pce 1 annexes 37 et 38), d'une IRM du rachis lombaire du 16 novembre 2017 montrant une hernie discale (HD) L4-L5 droite modérée (récidivante depuis 2013; TAF pce 1 annexe 61) et d'une hospitalisation le février 2019 pour plaie du poignet gauche avec suspicion d'une atteinte du tendon fléchisseur du pouce (AI pce 144, voir aussi TAF pce 1 annexe 31).

E. 9.4.2

Le TAF remarque encore qu'il apparaît du dossier que l'assuré souffrait également d'une cheville gauche douloureuse depuis l'accident du 19 janvier 2015 (AI pce 147), d'une lésion cutanée au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche le 10 septembre 2016 (AI pce 138), d'une exérèse sous anesthésie locale d'un nodule du pli sous fessier gauche le 7 décembre 2016 (AI pce 139), d'une épicondylite latérale droite modérée du coude droit le 1er juin 2018 (AI pce 146) ainsi que s'agissant de l'épaule gauche d'une tendinopathie non fissuraire de la coiffe supérieure et d'une discrète bursite réactionnelle associée le 9 octobre 2018 (AI pce 145). Enfin, dans le certificat médical du 12 décembre 2015 que le recourant avait produit en cause dans l'affaire C-445/2016 précédente, le Dr E. _____ avait mentionné un état anxio-dépressif réactionnel (AI pce 142).

E. 9.5.1

Par rapport à la situation déterminante le 2 décembre 2015 (cf. consid. 6.4 et 7.3), le TAF, à l'instar du médecin SMR, peut confirmer que le dossier fait état d'aggravation dans le sens que de nouvelles affections se sont rajoutées à celles déjà existantes. Cela étant, seuls les

changements qui sont propres à influencer le droit à la rente peuvent constituer un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 6.2), les maladies en tant que telles n'étant pas assurées par l'assurance-invalidité mais leurs conséquences sur la capacité de travail et de gain (cf. consid. 5.1). Par ailleurs, une modification au sens de l'art. 17 LPGA peut aussi résulter d'un changement d'une atteinte déjà existante, voire d'un changement de son intensité et donc de ses effets sur la capacité de travail de la personne concernée (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2; TF 9C_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.3). L'Office AI ainsi que son service médical devaient aussi se déterminer à ce sujet.

E. 9.5.2

Concrètement, le Dr R. _____ du SMR a attesté une aggravation sous forme de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de séquelles douloureuses après ligamentoplastie de la cheville gauche et il a décrit de nouvelles limitations fonctionnelles (AI pce 155; cf. consid. 8.2). Ce médecin a aussi été d'avis que bien que l'état de santé de l'assuré se soit dégradé, la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles notées demeurait entière (AI pce 155), respectivement de 90% telle que retenue auparavant (TAF pce 11 annexe 2). Par note interne du 14 août 2019, l'OAIE a fixé la date de l'aggravation de l'état de santé au 5 avril 2018, lorsque les résultats de l'examen par IRM de l'épaule droite ont mis en évidence une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (AI pces 135 et 160) alors que le TAF note que les résultats et le rapport du 28 novembre 2017 du Dr J. _____ et du Centre (...) F. _____ (AI pces 136 et 143) ont déjà fait état de tendinopathie de l'épaule droite. Par ailleurs, le Dr R. _____ a exposé que les troubles du rachis lombaire ne s'étaient pas aggravés puisqu'aucun déficit neurologique moteur n'avait été signalé qui aurait nécessité une cure chirurgicale et que les autres atteintes, la maladie de Verneuil, la distorsion de la cheville gauche (le 19 janvier 2015) et la plaie du poignet gauche accompagnée d'une probable lésion du tendon du fléchisseur du pouce (le 4 février 2019), ne pouvaient entraîner que des incapacités de travail de courte durée - concernant la maladie de Verneuil, le Tribunal de céans a déjà confirmé cette appréciation dans son arrêt C-445/2016 cité (cf. consid. 7.1 ci-dessus). Plus encore, le médecin du SMR a remarqué que le traitement médicamenteux, causant des effets secondaires indésirables avancés par le recourant, pouvaient être adaptés (TAF pce 11 annexe 2). Enfin, sur le plan psychique, le Dr R. _____ a considéré que le rapport du 12 décembre 2015 du Dr E. _____ (AI pce 142) ne contenait aucune description clinique ou élément médical objectif permettant de fournir un diagnostic reconnu par un système de classification internationale (DSM ou ICD), que le trouble anxio-dépressif réactionnel signalé par le psychiatre n'entraînait habituellement pas d'incapacité de travail de longue durée, qu'il n'avait pas prescrit un traitement médicamenteux et que le dossier ne faisait pas état d'un suivi spécialisé (TAF pces 11 et 24 annexes 2).

E. 9.5.3

Pour les raisons exposées ci-après, le TAF ne saurait suivre les conclusions de l'OAIE et du médecin du SMR sur des points essentiels, celles-là, à l'encontre des exigences jurisprudentielles (cf. consid. 9.2.2), ne se fondant pas sur un dossier médical complet.

E. 9.5.4

En effet, sur le plan somatique, le dossier médical constitué par l'OAIE ne contient aucun rapport rhumatologique présentant un exposé entier de la situation de l'assuré (anamnèse, plaintes de l'assuré, évolution de l'état de santé et status actuel) bien que les atteintes de

l'assuré, déterminantes au sens de l'assurance-invalidité, soient principalement de nature rhumatologique et que s'agissant d'une deuxième demande de prestations, la valeur probante d'un rapport médical dépend largement du fait de savoir s'il explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé (cf. consid. 6.2; ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; voir aussi TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; Andreas Traub, *Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision*, RSAS 2012 p. 183 ss; Valterio, op. cit., art. 31 n° 11). Le rapport médical détaillé E 213 du 22 février 2019 du Dr Q. _____ (AI pce 121) ne remplit pas ces exigences. S'il est vrai que ce médecin de la sécurité sociale française a mentionné notamment les antécédents médicaux, les symptômes et traitements actuels, son examen clinique et ses constatations avancées s'avèrent incomplets, faisant état d'une manière très succincte et imprécise de limitations de la mobilité dorsolombaire (distance doigt sol, rotations et inclinaisons réduites) et des épaules droite et gauche (élévation antérieure, élévation latérale, rotation externe, rétropulsion et main dans le dos). En outre, le Dr Q. _____ n'a pas décrit les restrictions, soit les limitations fonctionnelles à prendre en compte et s'il a écrit sous les « observations » que l'assuré de 33 ans ne pouvait probablement pas reprendre son travail de boulanger mais restait capable d'exercer une activité adaptée à un temps partiel après un reclassement, il n'est pas certain, contrairement à ce que semble avoir cru le médecin SMR, qu'il s'agissait-là d'un avis de sa part. Toujours est-il qu'il n'a pas précisé les activités adaptées ainsi que le temps partiel exigible. Plus encore, la spécialisation médicale du Dr Q. _____ n'est pas connue. En conséquence, le médecin du SMR ne pouvait pas se fonder sur les brefs constats de ce rapport médical afin de déterminer la situation actuelle de l'assuré et les modifications survenues depuis le 2 décembre 2015 aussi celles concernant les atteintes préexistantes. Pour le reste, le dossier médical constitué par l'OAIE ne contient que de nombreux résultats d'examens de l'imagerie médicale. Or, il est patent que les constats prouvés par l'imagerie médicale quelle que soit sa nature ne permettent pas à eux seuls d'établir des capacités et incapacités de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.1 s. et références; TF 9C_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2; 9C_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4) et que, dès lors, ces résultats ne peuvent pas remplacer un examen rhumatologique complet lequel fait défaut en l'occurrence. Par ailleurs, il aurait appartenu au SMR de fixer le début de l'aggravation de santé constatée ; le Tribunal, en l'état, ne saurait confirmer la date du 5 avril 2018 retenue (voir consid. 9.5.2).

E. 9.5.5

Sur le plan psychique, le recourant a avancé à juste titre que la jurisprudence exige dès le 30 novembre 2017, en principe pour toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.), aussi pour les troubles dépressifs de degré moyen ou léger (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.), une expertise psychiatrique qui est fondée sur une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'évaluer l'atteinte et ses conséquences sur la capacité de travail de la personne concernée. Cette procédure probatoire est basée sur une vision ouverte et tient compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Elle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne assurée et, d'autre part, les ressources de celle-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Le diagnostic, émanant d'un spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de

classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV, forme le point de départ de l'examen (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; TF 9C_6189/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1; 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3 de l'ATF 141 V 281) comprend les complexes « atteinte à la santé » (expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou la résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que comorbidités; consid. 4.3.1 de l'arrêt cité), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) et « contexte social » (consid. 4.3.3) et la catégorie « cohérence » (point de vue du comportement; consid. 4.4) considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 9.5.6

Cela étant, selon le besoin concret de preuve, l'évaluation d'un trouble psychique selon la procédure probatoire structurée ne s'avère pas nécessaire ou utile dans certaines situations. C'est notamment le cas lorsqu'il est établi que la personne assurée souffre d'affections psychiques qui peuvent être comparées à des maladies somatiques quant à leur caractère vérifiable et objectivable comme par exemple de schizophrénie, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles alimentaires ou de troubles de paniques (ATF 139 V 547 consid. 7.1.4) ou lorsque de médecins spécialistes, dans le cadre d'un rapport médical probant et d'une manière clairement motivée, nient une incapacité de travail et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1; 143 V 409 consid. 4.5.3 et 5.1). D'autres raisons - de proportionnalité - peuvent encore exister. A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée lorsque la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1; voir aussi ATF 148 V 49 consid. 6.2.2) ou lorsque les médecins ont observé une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2).

E. 9.5.7

En l'espèce, le Tribunal avait considéré dans l'affaire C-445/2016 citée que le certificat médical du 12 décembre 2015 du Dr E._____ que le recourant avait versé en cause avec le recours faisait état d'une nouvelle atteinte à la santé, postérieure à la décision du 2 décembre 2015 alors litigieuse, et devait être écartée (cf. consid. 11.1.2 de l'arrêt; AI pce105). Par ailleurs, il est vrai que ce rapport du psychiatre est très succinct et ne contient pas de diagnostics reconnus par un système de classification international (cf. consid. 9.5.2). Du reste, il ne fait pas part de restrictions ou d'incapacités de travail. Enfin, il date du 2 décembre 2015 déjà et l'assuré n'a pas produit en cause d'autres rapports psychiatriques. Néanmoins, le Dr E._____ avait notamment fait mention d'un état anxio-dépressif réactionnel (AI pce 142), et c'est à juste titre que le recourant a soulevé que le SMR, remarquant que le trouble réactionnel n'entraîne pas, habituellement, d'incapacités de travail de longue durée, a avancé par là une généralité qui n'est pas pertinente puisque les faits concrets doivent être déterminés. En outre, il sied de considérer que dans la présente

procédure, l'assuré a soutenu que son état psychique s'est affaibli, qu'il serait traité depuis 2015 pour dépression et qu'en particulier, il a versé en cause des ordonnances des 30 août 2018, 21 janvier et 22 novembre 2019, 30 juillet et 20 novembre 2020 par lesquelles les médecins traitants ont prescrit des anxiolytiques (benzodiazepine), d'abord 1 comprimé et puis, dès le 20 novembre 2020, 2 comprimés au coucher (TAF pce 1 annexes 46, 48, 49, pce 26 annexe 2 et pce 33 annexe 1) puisque, selon l'assuré, il aurait des idées noires alors que le Dr E._____ avait déjà mentionné une impulsivité traduite par un passage à l'acte violent et un sentiment sensitif de persécution en rapport avec une accumulation de difficultés (AI pce 142). Par ailleurs, Tribunal fédéral a remarqué à de nombreuses reprises que le fait que la personne assurée ne suit pas un traitement adéquat n'exclut pas l'existence d'une invalidité (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.4; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Au regard de tous ces éléments, le Tribunal ne saurait donc se prononcer sur le trouble psychique de l'assuré et sur ses conséquences sur la capacité de travail, le dossier étant incomplet aussi sur le volet psychiatrique.

E. 9.6

Pour conclure, le TAF admet qu'au moins sur le plan somatique, le dossier fait état d'aggravations de l'état de santé de l'assuré, survenus depuis le 2 décembre 2015 (cf. consid. 9.5.1). Cela étant, le dossier constitué s'avère insuffisant au niveau rhumatologique et psychique (consid. 9.5.3 ss) - le recourant l'a soulevé à juste titre - et que dans cette situation, l'OAIE doit poursuivre l'instruction (cf. consid. 9.2.2). En l'état du dossier, le TAF ne peut confirmer que l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 90% telle que retenue par l'OAIE et ses médecins.

E. 10

Le Tribunal ne peut pas non plus se prononcer sur le taux d'invalidité de l'assuré et sur son droit éventuel à une rente, ces éléments dépendant de la capacité de travail résiduelle encore à fixer. D'ailleurs le droit à une rente d'invalidité ne saurait naître, au plus tôt, que 6 mois après le dépôt de la deuxième demande de prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. art. 29 al. 1 LAI; consid. 5.2).

E. 11

octobre 2019 à ce projet, arguant que son état s'est fortement dégradé depuis 2015 et qu'il avait droit à une rente entière en raison de ses différentes maladies pour lesquelles il touchait en France une rente de catégorie 2 (AI pce 163). Après avoir consulté une nouvelle fois le SMR (prise de position du 25 octobre 2019; AI pce 169), l'OAIE, maintenant sa position, a rejeté la demande de prestations de l'assuré par décision du 6 novembre 2019 (AI pce 170). Il a encore exposé que les nouveaux documents versés en cause n'avaient pas apporté d'éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause les conclusions précédentes et que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne liaient pas l'assurance-invalidité suisse. C. Le 2 décembre 2019 (cf. information sur l'envoi; TAF pce 1 annexe), l'assuré a déposé recours auprès du Tribunal de céans, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 19 janvier 2015 (TAF pce 1). En substance, il a avancé que ses atteintes somatiques et psychiques ainsi que le traitement médical lourd qu'il devait suivre l'empêcheraient de se déplacer au travail et d'exercer une activité lucrative même adaptée. Il a joint de nombreux documents médicaux dont plusieurs se sont déjà trouvés dans le dossier.

C-6382/2019_____ Page 4 Dans sa réponse du 17 février 2020, l'OAIE, lequel avait invité son service médical à prendre position (cf. prise de position du 7 février 2020) a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 11 et annexe). Par réplique du 19 mai 2020 (TAF pce 20), le recourant, désormais représenté, a conclu principalement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 2019. Il a notamment argué que l'instruction n'aurait pas été faite à satisfaction (au niveau psychiatrique) et que les médecins traitants avaient admis une aggravation de l'état de santé (maladie de Verneuil). L'OAIE pour sa part a réitéré sa conclusion par duplique du 15 juillet 2020 en se fondant sur l'avis de son service médical (cf. avis du 10 juillet 2020; TAF pce 24 et annexe 2). Dans ses observations du 15 septembre 2020, le recourant a maintenu ses conclusions et critiqué que s'agissant du trouble anxio-dépressif, le SMR n'aurait avancé que des généralités alors qu'il conviendrait de se référer à la jurisprudence en lien avec la grille d'évaluation (TAF pce 27). Il a encore produit des nouvelles pièces (TAF pce 26, 33 et 35 et annexes).

Droit : 1. Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours contre la décision du 6 novembre 2019 prise par l'OAIE. Le recourant a qualité pour recourir, étant directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). Par décisions incidentes des 12 et 20 février 2020, le TAF a accordé l'assistance judiciaire partielle, respectivement nommé Me Karim Hichri comme avocat d'office et l'avance de frais de 800 francs déjà versée a été remboursée (TAF pces 9 et 13; cf. courrier du 24 mars 2020). Le Tribunal peut donc entrer en matière sur le fond du recours.

C-6382/2019_____ Page 5 2. 2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit ainsi du plein pouvoir d'examen. 2.2 Le TAF définit les faits – avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; TAF C–6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) – et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, 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). 2.3 2.3.1 En particulier, le TAF examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le

point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente, étant précisé que l'examen de la compétence de l'autorité de première instance ne constitue pas une condition de recevabilité du recours (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment : TAF C- 3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67). 2.3.2 L'art. 55 LAI détermine l'Office AI compétent à raison du lieu et prévoit qu'en règle générale, l'Office compétent est celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. Le Conseil fédéral règle la compétence dans des cas spéciaux.

C-6382/2019_____ Page 6 Ainsi, l'art. 40 al. 1 let. b du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) stipule que l'OAIE est compétent pour enregistrer et examiner les demandes de prestations si les assurés sont domiciliés à l'étranger. Les al. 2 et 2bis sont réservés. Aux termes de l'al. 2 de la disposition, l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions. Cette division de compétence que l'al. 2 instaure est fondée sur l'idée que l'office AI cantonal est plus à même de procéder aux instructions nécessaires pour les frontaliers qui travaillent ou ont travaillé sur son territoire. Pourtant, la compétence de l'OAIE pour rendre la décision (cf. art. 40 al. 2 RAI, troisième phrase) est essentielle du point de vue de l'application uniforme du droit aux personnes résidant à l'étranger ce qui est également dans l'intérêt de la sécurité du droit. De plus, l'OAIE assure de cette façon sa fonction en tant qu'organe de liaison pour les institutions d'assurance étrangères (arrêts du Tribunal fédéral [ci-après : TF] I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 3.1 à 3.3; I 8/02 du 16 juillet 2002 consid. 2.4; TAF C-3811/2018 du 14 janvier 2020 consid. 2.2.2; C-2687/2006 du 27 août 2008 consid. 3.2.2). 2.3.3 En l'espèce, il est constant au regard du droit cité que l'OAIE était compétent pour rendre la décision querellée. Toutefois, cet office a également instruit la nouvelle demande de prestations de l'assuré après que l'Office AI cantonal la lui a transmise pour compétence, du reste, sans explication quelconque (AI pce 114). Or, ce transfert du dossier et l'examen de la nouvelle demande de prestations par l'OAIE n'était pas correct au regard de l'art. 40 al. 2 RAI cité. En effet, l'assuré habite toujours dans la zone frontière, soit dans le département (...), en région (...), même s'il a changé de domicile de (...) à (...) (cf. notamment AI pces 58 et 115). En outre, si l'assuré lors de sa deuxième demande de prestations a certes avancé de nouvelles atteintes au niveau de ses épaules et du coude droit, il a également remarqué qu'il présentait toujours ses autres problèmes de santé lesquels remontaient à l'époque de son activité en tant que frontalier en Suisse, et notamment qu'il se trouvait depuis le 19 janvier 2015 en incapacité de travail alors qu'à ce moment-là il suivait l'apprentissage organisé par l'Office AI cantonal sur son territoire (AI pce 115; voir aussi AI pce 153).

C-6382/2019_____ Page 7 Plus encore, si selon la jurisprudence, il est possible dans certaines circonstances de transférer la compétence de l'office AI cantonal à l'OAIE lorsque des raisons d'économie de procédure ou des considérations juridiques plaident en cette faveur (cf. TF I 8/02 du 16 juillet 2002 consid. 2.4; TAF C-3811/2018 du 14 janvier 2020 consid. 2.2.4; C- 6143/2015 du 8 février 2017 consid. 2.3), le TAF estime qu'en

l'occurrence le dossier ne fait pas état d'un tel motif d'autant plus que l'Office cantonal avait déjà instruit la première demande de prestations et qu'il était donc plus à même d'examiner la nouvelle demande. Dès lors, l'OAIE – certes compétent pour rendre la décision attaquée – était incompétent pour examiner la nouvelle demande de prestations de l'assuré. La décision querellée s'avère irrégulière sur ce point (voir aussi TAF C-1169/2019 du 19 février 2020 consid. 3.2.2). 2.3.4 Cela étant, selon la jurisprudence, ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'une décision viciée est considérée comme nulle (ATF 137 I 273 consid. 3.1; 132 II 21 consid. 3.1; 129 V 485 consid. 2.3; 122 I 97 consid. 3a)aa; 116 Ia 215 consid. 2c). S'agissant en particulier des décisions rendues en matière de l'assurance-invalidité, la décision d'un office AI incompétent à raison du lieu n'est en principe pas nulle, mais annulable (ATF 143 V 66 consid. 4.2; 142 V 67 consid. 2.1; TF I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4.1; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3e éd. 2014, art. 53-57, n° 5). La jurisprudence a précisé que le principe d'économie de procédure permet à l'autorité de recours de renoncer à l'annulation de la décision irrégulière et à la transmission de la cause à l'autorité compétente lorsque, en particulier, l'incompétence de l'autorité inférieure n'a pas été critiquée et que la cause est en état d'être jugée (ATF 142 V 67 consid. 2.1; TF 9C_891/2010 du 31 décembre 2010 consid. 2.2; I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4; TAF C-759/2019 du 3 mars 2021 consid. 4). Dans le cas concret, le recourant n'a pas contesté l'incompétence de l'OAIE pour examiner sa nouvelle demande de prestations, ni devant celui-ci, ni devant le Tribunal de céans bien que son avocat semble avoir pensé que l'instruction avait été conduite par l'Office cantonal (cf. TAF pce 20). Le point de savoir si la décision, par ailleurs rendue par l'autorité compétente, doit néanmoins être annulée, puisque le droit à des prestations n'était pas en l'état d'être jugée, peut rester indécis dans la mesure où, comme il sera exposé ci-après, la décision doit de toute façon être annulée et la cause renvoyée à l'autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision (voir aussi : TAF C-3811/2018 du 14 janvier 2020 consid. 2.2.4). II

C-6382/2019_____ Page 8 appartiendra alors à l'OAIE d'examiner au regard de la situation qui se présentera s'il doit recourir pour le complément d'instruction à l'Office AI cantonal au sens de l'art. 40 al. 2 RAI cité (cf. TAF C-3811/2018 cité consid. 2.2.4). 3. 3.1 L'affaire contient un aspect d'extranéité dans la mesure où le recourant qui a été assuré à l'assurance-invalidité en Suisse (AI pce 124) est ressortissant français et habite en France où il est également assuré (cf. attestation concernant la carrière d'assurance en France du 11 octobre 2013, E 205 F; AI pce 11). 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du

E. 12.1

Au regard de ce qui précède, il convient d'admettre le recours en ce sens que la décision contestée est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour compléments d'instruction et

nouvelle décision. L'OAIE examinera si au regard de l'art. 40 al. 2 RAI il doit recourir pour le complément d'instruction à l'Office AI cantonal (cf. consid. 2.3.4).

E. 12.2

Le renvoi de la cause est en l'espèce indiqué bien qu'il doive rester exceptionnel au regard de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. [RS 101]; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). En effet, selon la jurisprudence, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit notamment d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'occurrence, l'état de santé de l'assuré et ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas encore été établis d'un point de vue somatique et psychiatrique. Au regard des différentes affections dont le recourant souffre et dans la mesure où il s'agit d'examiner une deuxième demande de prestations qui engendre des questions particulières (cf. consid. 6.2), il appartiendra à l'Office AI de mettre en place une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse (cf. Michel Valterio, op. cit., art. 57 n° 15) qui devra notamment porter sur les plans de la médecine interne, rhumatologique et psychiatrique. L'Office déterminera ensuite le taux d'invalidité de l'assuré et rendra une nouvelle décision relative au droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

E. 13.1

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le recourant, lequel, en outre, a obtenu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour complément d'instructions et nouvelle décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1; 132 V 215 consid. 6.2; cf. art. 63 al. 1 PA), a été dispensé du paiement des frais de procédure et l'avance versée a été restituée (TAF pce 9). L'OAIE ne doit pas participer aux frais en tant qu'autorité (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 13.2

Il convient de statuer sur l'indemnisation de Me Hichri qui a été nommé avocat d'office (TAF pce 13).

E. 13.2.1

Selon l'art. 65 al. 3 PA qui traite de l'assistance judiciaire, les frais et honoraires d'avocat sont supportés conformément à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. L'art. 64 al. 2 PA dispose que le dispositif indique le montant des dépens alloués qui, lorsqu'ils ne peuvent pas être mis à la charge de la partie adverse déboutée, sont supportés par la collectivité ou par l'établissement autonome au nom de qui l'autorité inférieure a statué. Par ailleurs, les art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF; RS 173.320.2) disposent que la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés.

E. 13.2.2

Aux termes de l'art. 12 FITAF, les art. 8 à 11 FITAF s'agissant des dépens s'appliquent par analogie aux avocats commis d'office. De plus, selon l'art. 14 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations de travail. En vertu de l'al. 2, 2^{ème} phrase, de la disposition, à défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité de l'avocat commis d'office

sur la base du dossier.

E. 13.2.3

En l'espèce, le recourant qui a obtenu gain de cause (cf. consid. 12.1) a droit à une indemnité pour dépens à charge de l'OAIE (cf. consid. 12.2.1; ATF 124 V 301 consid. 6; TF U 63/04 du 3 octobre 2006 consid. 2.2; Martin Kayser, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, 2ème édition 2016, art. 65 n° 38 p. 848). Son avocat n'ayant pas produit de note d'honoraires, les dépens sont fixés, selon l'appréciation du Tribunal, en raison de l'importance et de la difficulté du litige ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Dès lors, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à 1'800 francs à charge de l'OAIE, considérant qu'il a mandaté son avocat le 18 février 2020 (TAF pce 12 et la procuration annexée), après le dépôt du recours. Le dispositif se trouve à la page suivante.

E. 16

novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de la personne assurée (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 9.2.3 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se baser sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 5). 9.3 Il sied de décider si au regard de ce qui précède, les conclusions du médecin du SMR permettent de porter un jugement final sur les questions

C-6382/2019_____ Page 23 litigieuses (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2; TF 9C_667/2020 du 29 décembre 2020 consid. 3.2). 9.4 9.4.1 Dans un premier temps (prise de position médicale du 13 juin 2019; AI pce 155), le TAF constate que le Dr R._____ du SMR a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies L4-L5 non déficitaires sur canal étroit (M 54.5), de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche [recte : droite] (AI pces 135, 136 et 143) ainsi que de séquelles douloureuses après ligamentoplastie de la cheville droite [recte : gauche] (notamment : TAF pce 1 annexe 56). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a noté une obésité (opération bariatrique sous forme de sleeve, le 31 mars 2017; AI pce 121), un SAS (appareillé la nuit; AI pces 121 et 133) et de l'asthme (AI pce 121). Dans le cadre de la présente procédure de recours (prise de position du 7 février 2020; TAF

pce 11 annexe 2), le médecin du SMR a par ailleurs observé que les documents médicaux produits par le recourant font état d'un status après ligamentoplastie de la cheville gauche en 2007 (TAF pce 1 annexe 56), d'une entorse de la cheville gauche traitée par orthèse pendant 15 jours dès le 19 janvier 2015 (AI pce 187 et arrêt du TAF cité let. B.I des faits; TAF pce 1 annexe 58), de l'ablation de kystes cutanés des cuisses dans le cadre d'une maladie de Verneuil le 30 janvier 2015 (AI pce 188), de douleurs de la cheville gauche en août 2016 (TAF pce 1 annexe 54), d'un traitement antibiotique en septembre 2016, d'une masse du QSE du sein droit en février 2017 (TAF pce 1 annexes 37 et 38), d'une IRM du rachis lombaire du 16 novembre 2017 montrant une hernie discale (HD) L4-L5 droite modérée (récidivante depuis 2013; TAF pce 1 annexe 61) et d'une hospitalisation le février 2019 pour plaie du poignet gauche avec suspicion d'une atteinte du tendon fléchisseur du pouce (AI pce 144, voir aussi TAF pce 1 annexe 31). 9.4.2 Le TAF remarque encore qu'il apparait du dossier que l'assuré souffrait également d'une cheville gauche douloureuse depuis l'accident du

E. 19

janvier 2015) et la plaie du poignet gauche accompagnée d'une probable lésion du tendon du fléchisseur du pouce (le 4 février 2019), ne pouvaient entraîner que des incapacités de travail de courte durée – concernant la maladie de Verneuil, le Tribunal de céans a déjà confirmé cette appréciation dans son arrêt C-445/2016 cité (cf. consid. 7.1 ci-dessus). Plus encore, le médecin du SMR a remarqué que le traitement médicamenteux, causant des effets secondaires indésirables avancés par le recourant, pouvaient être adaptés (TAF pce 11 annexe 2). Enfin, sur le plan psychique, le Dr R. _____ a considéré que le rapport du 12 décembre 2015 du Dr E. _____ (AI pce 142) ne contenait aucune description clinique ou élément médical objectif permettant de fournir un diagnostic reconnu par un système de classification internationale (DSM ou ICD), que le trouble anxio-dépressif réactionnel signalé par le psychiatre n'entraînait habituellement pas d'incapacité de travail de longue durée, qu'il n'avait pas prescrit un traitement médicamenteux et que le dossier ne faisait pas état d'un suivi spécialisé (TAF pces 11 et 24 annexes 2). 9.5.3 Pour les raisons exposées ci-après, le TAF ne saurait suivre les conclusions de l'OAIE et du médecin du SMR sur des points essentiels, celles-là, à l'encontre des exigences jurisprudentielles (cf. consid. 9.2.2), ne se fondant pas sur un dossier médical complet. 9.5.4 En effet, sur le plan somatique, le dossier médical constitué par l'OAIE ne contient aucun rapport rhumatologique présentant un exposé entier de la situation de l'assuré (anamnèse, plaintes de l'assuré, évolution de l'état de santé et status actuel) bien que les atteintes de l'assuré, déterminantes au sens de l'assurance-invalidité, soient principalement de nature rhumatologique et que s'agissant d'une deuxième demande de prestations, la valeur probante d'un rapport médical dépend largement du fait de savoir s'il explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé (cf. consid. 6.2; ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; voir aussi TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 p. 183 ss; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11). Le rapport médical détaillé E 213 du 22 février 2019 du Dr Q. _____ (AI pce 121) ne remplit pas ces exigences. S'il est vrai que ce médecin de la sécurité sociale française a mentionné notamment les antécédents

C-6382/2019 _____ Page 26 médicaux, les symptômes et traitements actuels, son examen clinique et ses constatations avancées s'avèrent incomplets, faisant état d'une manière très

succincte et imprécise de limitations de la mobilité dorsolombaire (distance doigt sol, rotations et inclinaisons réduites) et des épaules droite et gauche (élévation antérieure, élévation latérale, rotation externe, rétropulsion et main dans le dos). En outre, le Dr Q. _____ n'a pas décrit les restrictions, soit les limitations fonctionnelles à prendre en compte et s'il a écrit sous les « observations » que l'assuré de 33 ans ne pouvait probablement pas reprendre son travail de boulanger mais restait capable d'exercer une activité adaptée à un temps partiel après un reclassement, il n'est pas certain, contrairement à ce que semble avoir cru le médecin SMR, qu'il s'agissait-là d'un avis de sa part. Toujours est-il qu'il n'a pas précisé les activités adaptées ainsi que le temps partiel exigible. Plus encore, la spécialisation médicale du Dr Q. _____ n'est pas connue. En conséquence, le médecin du SMR ne pouvait pas se fonder sur les brefs constats de ce rapport médical afin de déterminer la situation actuelle de l'assuré et les modifications survenues depuis le 2 décembre 2015 aussi celles concernant les atteintes préexistantes. Pour le reste, le dossier médical constitué par l'OAIE ne contient que de nombreux résultats d'examens de l'imagerie médicale. Or, il est patent que les constats prouvés par l'imagerie médicale quelle que soit sa nature ne permettent pas à eux seuls d'établir des capacités et incapacités de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.1 s. et références; TF 9C_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2; 9C_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4) et que, dès lors, ces résultats ne peuvent pas remplacer un examen rhumatologique complet lequel fait défaut en l'occurrence. Par ailleurs, il aurait appartenu au SMR de fixer le début de l'aggravation de santé constatée ; le Tribunal, en l'état, ne saurait confirmer la date du 5 avril 2018 retenue (voir consid. 9.5.2). 9.5.5 Sur le plan psychique, le recourant a avancé à juste titre que la jurisprudence exige dès le 30 novembre 2017, en principe pour toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.), aussi pour les troubles dépressifs de degré moyen ou léger (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.), une expertise psychiatrique qui est fondée sur une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'évaluer l'atteinte et ses conséquences sur la capacité de travail de la personne concernée. Cette procédure probatoire est basée sur une vision ouverte et tient compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Elle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne assurée et,

C-6382/2019_____ Page 27 d'autre part, les ressources de celle-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Le diagnostic, émanant d'un-e spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV, forme le point de départ de l'examen (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; TF 9C_6189/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1; 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3 de l'ATF 141 V 281) comprend les complexes « atteinte à la santé » (expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou la résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que comorbidités; consid. 4.3.1 de l'arrêt cité), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) et « contexte social » (consid. 4.3.3) et la catégorie « cohérence » (point de vue du comportement; consid. 4.4) considère la limitation uniforme du niveau

des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). 9.5.6 Cela étant, selon le besoin concret de preuve, l'évaluation d'un trouble psychique selon la procédure probatoire structurée ne s'avère pas nécessaire ou utile dans certaines situations. C'est notamment le cas lorsqu'il est établi que la personne assurée souffre d'affections psychiques qui peuvent être comparées à des maladies somatiques quant à leur caractère vérifiable et objectivable comme par exemple de schizophrénie, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles alimentaires ou de troubles de paniques (ATF 139 V 547 consid. 7.1.4) ou lorsque de médecins spécialistes, dans le cadre d'un rapport médical probant et d'une manière clairement motivée, nient une incapacité de travail et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1; 143 V 409 consid. 4.5.3 et 5.1). D'autres raisons – de proportionnalité – peuvent encore exister. A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée lorsque la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas

C-6382/2019 _____ Page 28 encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1; voir aussi ATF 148 V 49 consid. 6.2.2) ou lorsque les médecins ont observé une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2). 9.5.7 En l'espèce, le Tribunal avait considéré dans l'affaire C-445/2016 citée que le certificat médical du 12 décembre 2015 du Dr E. _____ que le recourant avait versé en cause avec le recours faisait état d'une nouvelle atteinte à la santé, postérieure à la décision du 2 décembre 2015 alors litigieuse, et devait être écartée (cf. consid. 11.1.2 de l'arrêt; AI pce105). Par ailleurs, il est vrai que ce rapport du psychiatre est très succinct et ne contient pas de diagnostics reconnus par un système de classification international (cf. consid. 9.5.2). Du reste, il ne fait pas part de restrictions ou d'incapacités de travail. Enfin, il date du 2 décembre 2015 déjà et l'assuré n'a pas produit en cause d'autres rapports psychiatriques. Néanmoins, le Dr E. _____ avait notamment fait mention d'un état anxio-dépressif réactionnel (AI pce 142), et c'est à juste titre que le recourant a soulevé que le SMR, remarquant que le trouble réactionnel n'entraîne pas, habituellement, d'incapacités de travail de longue durée, a avancé par là une généralité qui n'est pas pertinente puisque les faits concrets doivent être déterminés. En outre, il sied de considérer que dans la présente procédure, l'assuré a soutenu que son état psychique s'est affaibli, qu'il serait traité depuis 2015 pour dépression et qu'en particulier, il a versé en cause des ordonnances des 30 août 2018, 21 janvier et 22 novembre 2019, 30 juillet et 20 novembre 2020 par lesquelles les médecins traitants ont prescrit des anxiolytiques (benzodiazepine), d'abord 1 comprimé et puis, dès le 20 novembre 2020, 2 comprimés au coucher (TAF pce 1 annexes 46, 48, 49, pce 26 annexe 2 et pce 33 annexe 1) puisque, selon l'assuré, il aurait des idées noires alors que le Dr E. _____ avait déjà mentionné une impulsivité traduite par un passage à l'acte violent et un sentiment sensitif de persécution en rapport avec une accumulation de difficultés (AI pce 142). Par ailleurs, Tribunal fédéral a remarqué à de nombreuses reprises que le fait que la personne assurée ne suit pas un traitement adéquat n'exclut pas l'existence d'une invalidité (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.4; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Au regard de tous ces éléments, le Tribunal ne saurait donc se prononcer sur le trouble psychique de l'assuré et sur ses conséquences sur la capacité de travail, le dossier étant incomplet aussi sur le volet psychiatrique.

C-6382/2019_____ Page 29 9.6 Pour conclure, le TAF admet qu'au moins sur le plan somatique, le dossier fait état d'aggravations de l'état de santé de l'assuré, survenus depuis le 2 décembre 2015 (cf. consid. 9.5.1). Cela étant, le dossier constitué s'avère insuffisant au niveau rhumatologique et psychique (consid. 9.5.3 ss) – le recourant l'a soulevé à juste titre – et que dans cette situation, l'OAIE doit poursuivre l'instruction (cf. consid. 9.2.2). En l'état du dossier, le TAF ne peut confirmer que l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 90% telle que retenue par l'OAIE et ses médecins. 10. Le Tribunal ne peut pas non plus se prononcer sur le taux d'invalidité de l'assuré et sur son droit éventuel à une rente, ces éléments dépendant de la capacité de travail résiduelle encore à fixer. D'ailleurs le droit à une rente d'invalidité ne saurait naître, au plus tôt, que 6 mois après le dépôt de la deuxième demande de prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. art. 29 al. 1 LAI; consid. 5.2). 11. Enfin, il se justifie dans le cadre de la présente affaire de relever à l'attention du recourant que selon un principe général valable en assurances sociales, il appartient à la personne assurée de mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement exigible de sa part pour solliciter le moins lourdement possible l'assurance-invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; TF 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.2; ANNE SYLVIE DUPONT, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, Intro. gén. n° 44). Cette obligation implique notamment que, le cas échéant, l'on peut exiger de la part de l'assuré qu'il accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé afin de réduire sa perte de gain (cf. art. 6 LPGA cité; consid. 5.1) et qu'il s'intègre de son propre chef dans le marché du travail (à titre d'exemple : TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). 12. 12.1 Au regard de ce qui précède, il convient d'admettre le recours en ce sens que la décision contestée est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour compléments d'instruction et nouvelle décision. L'OAIE examinera si au regard de l'art. 40 al. 2 RAI il doit recourir pour le complément d'instruction à l'Office AI cantonal (cf. consid. 2.3.4). 12.2 Le renvoi de la cause est en l'espèce indiqué bien qu'il doive rester exceptionnel au regard de l'exigence de la célérité de la procédure

C-6382/2019_____ Page 30 (cf. art. 29 Cst. [RS 101]; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). En effet, selon la jurisprudence, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit notamment d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'occurrence, l'état de santé de l'assuré et ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas encore été établis d'un point de vue somatique et psychiatrique. Au regard des différentes affections dont le recourant souffre et dans la mesure où il s'agit d'examiner une deuxième demande de prestations qui engendre des questions particulières (cf. consid. 6.2), il appartiendra à l'Office AI de mettre en place une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse (cf. MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 15) qui devra notamment porter sur les plans de la médecine interne, rhumatologique et psychiatrique. L'Office déterminera ensuite le taux d'invalidité de l'assuré et rendra une nouvelle décision relative au droit de l'assuré à une rente d'invalidité. 13. 13.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le recourant, lequel, en outre, a obtenu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour complément d'instructions et nouvelle décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1; 132 V 215 consid. 6.2; cf. art. 63 al. 1 PA), a été dispensé du paiement des frais de procédure et l'avance versée a été restituée (TAF pce 9). L'OAIE ne doit pas participer aux frais en tant qu'autorité (cf. art. 63 al. 2 PA). 13.2 Il convient de statuer sur l'indemnisation de Me Hichri qui a été nommé avocat d'office (TAF pce 13). 13.2.1 Selon l'art. 65 al. 3 PA

qui traite de l'assistance judiciaire, les frais et honoraires d'avocat sont supportés conformément à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. L'art. 64 al. 2 PA dispose que le dispositif indique le montant des dépens alloués qui, lorsqu'ils ne peuvent pas être mis à la charge de la partie adverse déboutée, sont supportés par la collectivité ou par l'établissement autonome au nom de qui l'autorité inférieure a statué. Par ailleurs, les art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF; RS 173.320.2) disposent que la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés.

C-6382/2019_____ Page 31 13.2.2 Aux termes de l'art. 12 FITAF, les art. 8 à 11 FITAF s'agissant des dépens s'appliquent par analogie aux avocats commis d'office. De plus, selon l'art. 14 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations de travail. En vertu de l'al. 2, 2ème phrase, de la disposition, à défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité de l'avocat commis d'office sur la base du dossier. 13.2.3 En l'espèce, le recourant qui a obtenu gain de cause (cf. consid. 12.1) a droit à une indemnité pour dépens à charge de l'OAIE (cf. consid. 12.2.1; ATF 124 V 301 consid. 6; TF U 63/04 du 3 octobre 2006 consid. 2.2; MARTIN KAYSER, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, 2ème édition 2016, art. 65 n° 38 p. 848). Son avocat n'ayant pas produit de note d'honoraires, les dépens sont fixés, selon l'appréciation du Tribunal, en raison de l'importance et de la difficulté du litige ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Dès lors, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à 1'800 francs à charge de l'OAIE, considérant qu'il a mandaté son avocat le 18 février 2020 (TAF pce 12 et la procuration annexée), après le dépôt du recours. Le dispositif se trouve à la page suivante.

C-6382/2019_____ Page 32

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