



Cour III
C-1244/2012

Arrêt du 23 août 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Vito Valenti, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Sylvie Mathys,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 6 janvier 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant suisse, domicilié en France, né le (...) 1967, a travaillé en Suisse de 1986 à 2005 et payé des cotisations AVS/AI (TAF pce 13).

B.

Le 18 mars 2005, l'assuré a été victime d'un accident de moto avec fractures multiples au pied gauche et développement d'une algodystrophie. Le 19 juin 2006, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI dossier 1 pce 1).

Juste après avoir repris son emploi en tant qu'informaticien le 14 août 2006, l'assuré l'a perdu fin septembre 2006 pour raisons économiques (AI dossier 1 pce 12).

Par décision du 27 février 2008 (AI dossier 1 pce 33), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 30 novembre 2006 et constaté qu'il n'existait plus de droit à la rente à partir du 1^{er} décembre 2006 vu l'amélioration de l'état de santé à partir du 14 août 2006. Selon le rapport du Service médical régional de l'Assurance-invalidité (SMR) du 9 octobre 2007 (AI dossier 1 pce 26), les limitations fonctionnelles (pas de marche de plus de 100 mètres, pas de déplacement sur sol irrégulier ou en pente, pas de travail en hauteur ou sur une échelle et pas de position accroupie) n'entravaient pas la capacité de travail dans l'activité habituelle. La décision du 27 février 2008 est entrée en force.

C.

Le 19 avril 2007 déjà, l'assuré avait subi, lors d'un séjour au Maroc, un nouvel accident de moto avec fractures multiples (AI dossier 2 pce 24), mais ce n'est que le 17 mars 2010 qu'il a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité que l'OAIE a reçu le 11 août 2010 (AI dossier 2 pce 4).

D.

Selon le rapport du centre B._____ du 6 juillet 2007, l'assuré souffre d'une algodystrophie du membre inférieur gauche (AI dossier 2 pce 25). Ce diagnostic est confirmé par le Dr C._____ le 29 janvier 2008 (AI dossier 2 pce 27). Dans son rapport du 24 avril 2009 (AI dossier 2 pce 29), le Dr D._____ a conseillé une IRM. Le 5 mai 2009, la Dre E._____ a indiqué que, selon l'IRM de la cheville gauche, il y avait une

discrète altération séquellaire du signal de la malléole interne (AI dossier 2 pce 30). Sur la base de l'IRM du genou gauche, ce même médecin a relevé un corps étranger intra-articulaire, un aspect dégénératif des deux ménisques et une chondropathie stade IV du plateau tibial interne (AI dossier 2 pce 31). Dans son rapport du 3 juillet 2009 (AI dossier 2 pce 32), le Dr F._____ a mentionnée des déminéralisations. Aussi bien la radiographie du rachis lombaire du 17 mai 2010 (AI dossier 2 pce 33) que le scanner dorso-lombaire du 8 novembre 2010 (AI dossier 2 pce 34) révèlent de légères anomalies.

E.

Selon le rapport de la Dresse G._____, médecine générale, du SMR Rhône du 19 mai 2011 (AI dossier 2 pce 42), l'assuré présentait une incapacité de travail totale du 19 avril 2007 au 6 juillet 2008. Par contre, depuis le 7 juillet 2008 il aurait pu exercer à nouveau son activité habituelle d'informaticien, activité essentiellement assise et légère.

Par projet de décision du 26 juillet 2011 (AI dossier 2 pce 44), l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité parce que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé était de nouveau exigible depuis juillet 2008 et permettrait de réaliser plus de 60 % du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité.

Par courrier du 29 août 2011 (AI dossier 2 pce 50), l'assuré a formé opposition contre le projet de décision du 26 juillet 2011. Il a argué que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis de nombreux mois et qu'il n'était pas à même de reprendre une activité depuis son accident d'avril 2007. Il a joint deux rapports du Dr H._____, neurochirurgien traitant, des 11 janvier et 2 août 2011.

F.

Dans son rapport du 10 novembre 2011, la Dresse G._____ du SMR Rhône a considéré que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse rachidienne de juin 2011 avait certes provoqué une courte incapacité de travail en relation avec cette intervention, mais que les nouveaux éléments fournis ne modifiaient pas l'appréciation du 19 mai 2011 selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail totale depuis juillet 2008 (AI dossier 2 pce 52).

G.

Par décision du 6 janvier 2012 (AI dossier 2 pce 53), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité considérant que l'exer-

cice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé était de nouveau exigible depuis juillet 2008 et permettrait de réaliser plus de 60 % du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité.

H.

Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral le 5 mars 2012, concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au moins depuis le 1^{er} septembre 2010. Il a allégué qu'il éprouvait d'importantes douleurs aux membres inférieurs et des difficultés à marcher nécessitant l'usage de cannes anglaises (TAF pce 1). Il a noté que la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie lui avait reconnu une invalidité réduisant des deux-tiers au moins sa capacité de travail, il a joint à son recours deux rapports du Dr I._____, rhumatologue traitant, et présenté une demande d'assistance judiciaire. Le 17 avril 2012, il a retourné le formulaire rempli et joint les documents concernant ses revenus et sa fortune (TAF pce 4). Le 7 juin 2012, il a produit un compte-rendu médical relatif à une scintigraphie effectuée le 13 mars 2012 (TAF pce 7).

I.

Dans sa réponse au recours du 2 octobre 2012 (TAF pce 13), l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée car l'assuré ne présentait pas une incapacité de travail de 40 % au moins. Selon l'avis médical du SMR Rhône (AI dossier 2 pce 61) daté du 6 septembre 2012 du Dr J._____, spécialiste FMH médecine physique et réadaptation, et du 18 septembre 2012 de la Dresse G._____, le résultat de la scintigraphie du 13 mars 2012 restait dans les limites de la norme et ne détectait pas de nouveaux problèmes de santé. Les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail de l'assuré étant clairement définies, les médecins du SMR ont confirmé une capacité totale de travail dans l'activité d'informaticien essentiellement assise et légère.

J.

Dans sa réplique du 10 décembre 2012 (TAF pce 18), l'assuré a contesté l'appréciation du SMR et demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Le 14 décembre 2012, il a produit quatre attestations médicales (TAF pce 20).

K.

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Selon les rapports du SMR des 24 janvier, 25 février et 5 mars 2013, ces documents médi-

caux n'apportaient aucun élément nouveau et il fallait confirmer une capacité totale de travail dans une activité d'informaticien standard sans déplacements hors de l'entreprise chez des clients. Dans sa duplique du 14 mars 2013 (TAF pce 24), l'OAIE a donc réitéré sa proposition de rejet du recours et de confirmation de la décision attaquée.

L.

Par décision incidente du 26 avril 2013 (TAF pce 29), le Tribunal administratif fédéral a dispensé le recourant du paiement des frais de procédure et lui a attribué Maître Sylvie Mathys en tant qu'avocate d'office.

M.

Par courrier du 6 mai 2013 (TAF pce 31), l'assuré a argué que les médecins du SMR n'avaient pas du tout pris en compte les restrictions sur le plan de la durée quotidienne des positions en stations assise et debout, la distance très réduite des déplacements à pied et les difficultés à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Le recourant a encore fait valoir que la différence totale d'appréciation entre la caisse maladie française et l'assurance-invalidité suisse était choquante.

N.

Le 4 juin 2013, l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 33).

Droit :

1.

1.1 En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE.

1.2 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1

let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA, dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.4 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.5 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA)

2.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 sont donc applicables en l'espèce. En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

3.

3.1 Le requérant avait bénéficié par décision du 27 février 2008 d'une rente entière limitée dans le temps (1^{er} mars – 30 novembre 2006). Et il a présenté une nouvelle demande de prestations le 17 mars 2010.

3.2 En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée ou supprimée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

3.3 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

En l'espèce, l'OAIE a examiné du point de vue matériel la nouvelle demande de prestations. Le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le requérant remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 6 janvier 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 136 V 24 consid. 4.3 avec les réf.).

4.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: être invalide au sens de la LPG/LAI et avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au

moins de cotisations peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (AI pce 8). Partant, il remplit la condition relative à la durée de cotisations.

5.

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

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

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

5.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

5.5 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi

relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 al. 1 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré.

6.2 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.

7.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

7.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

7.3 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Les spécialistes de l'orientation professionnelle en revanche doivent se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales et compte tenu des capacités résiduelles de la personne assurée, ce qui nécessite parfois de se renseigner auprès des médecins (cf. arrêt du TF I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3.3 et les références citées).

7.4 C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physi-

ques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

8.

8.1 Selon l'avis concordant de tous les médecins qui se sont exprimés dans cette affaire, les fractures subies lors des deux accidents de moto de 2005 et 2007 sont consolidées et l'état de santé est stabilisé. L'assuré souffre toutefois encore des séquelles des blessures subites au membre inférieur gauche et au dos et il présente les limitations fonctionnelles suivantes: pas de marche prolongée, pas de déplacement sur sol irrégulier ou en pente, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de position accroupie, alternance entre les positions assise et debout.

8.2 Dans son rapport du 19 mai 2011 (AI dossier 2 pce 42), la Dresse G._____ du SMR Rhône, médecine générale FMH, a estimé qu'il y avait une incapacité de travail totale du 19 avril 2007 au 6 juillet 2008. Par contre, depuis le 7 juillet 2008 l'assuré pouvait exercer à nouveau son activité habituelle d'informaticien, activité essentiellement assise et légère. Dans son rapport du 10 novembre 2011, la Dresse G._____ a considéré que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse rachidienne de juin 2011 avait provoqué une courte incapacité de travail en relation avec cette intervention, mais que les nouveaux éléments fournis ne modifiaient pas l'appréciation du 19 mai 2011 selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail totale depuis le 7 juillet 2008 (AI dossier 2 pce 52). Dans son avis médical du 6 septembre 2012 (AI dossier 2 pce 61), le Dr J._____, spécialiste FMH médecine physique et réadaptation, a constaté que les deux rapports du Dr I._____ datés des 22 septembre 2009 et 14 septembre 2010 contenaient des diagnostics et des éléments médicaux objectifs connus et pris en compte dans les prises de position du SMR des 19 mai 2011 (AI dossier 2 pce 42) et 10 novembre 2011 (AI dossier 2 pce 52), que le résultat de la scintigraphie du 13 mars 2012 restait dans les limites de la norme et ne détectait pas de nouveaux problèmes de santé et que, les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail de l'assuré étant clairement définies, il fallait

confirmer les appréciations antérieures. Appelée à se prononcer à nouveau le 18 septembre 2012 (AI dossier 2 pce 61), la Dresse G._____ a précisé que les problèmes médicaux étaient bien investigués et décrits dans le dossier médical à disposition, ce qui permettait de définir clairement les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, qu'une expertise complémentaire n'était pas nécessaire et qu'il fallait confirmer une capacité totale de travail selon les appréciations des 19 mai 2011 (AI dossier 2 pce 42) et 10 novembre 2011 (AI dossier 2 pce 52) dans l'activité habituelle puisque celle-ci était essentiellement assise et légère.

8.3 Pendant la présente procédure, le recourant a produit trois rapports de son rhumatologue traitant des 22 septembre 2009, 14 septembre 2010 et 3 décembre 2012 (TAF pces 1 et 20), un compte-rendu médical relatif à une scintigraphie effectuée le 13 mars 2012 (TAF pce 7), deux rapports de kinésithérapie des 6 et 12 décembre 2012 ainsi qu'un rapport de son médecin généraliste du 6 décembre 2012 (TAF pce 20). Selon les avis médicaux du SMR Rhône des 6 et 18 septembre 2012 (AI dossier 2 pce 61), 24 janvier, 25 février et 5 mars 2013 (TAF pce 24), les documents médicaux produits au cours de la procédure n'apportent aucun élément nouveau et le résultat de la scintigraphie du 13 mars 2012 reste dans les limites de la norme.

8.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^e édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). Par appréciation anticipée des preuves, le Tribunal considère qu'une expertise pluridisciplinaire n'apporterait aucun élément susceptible de modifier l'appréciation de l'état de santé ou de l'invalidité et n'est donc pas nécessaire.

8.5 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate, en accord avec les médecins du SMR qui se sont prononcé de manière détaillée avant la décision attaquée et à cinq reprises au cours de la procédure de recours, que les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail du recourant sont clairement définies, à savoir que les atteintes à

la santé ne l'auraient pas empêché de reprendre à partir de juillet 2008 l'exercice de son activité habituelle d'informaticien en principe adaptée à ses limitations fonctionnelles.

9.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence de revenu ou de données concernant le revenu effectivement réalisé, il faut selon la jurisprudence évaluer le revenu d'invalidité sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

10.

La dernière activité du recourant, que celui-ci a perdu pour des raisons économiques, était celle d'un informaticien qui visitait ses clients à leur domicile, ce qui impliquait de longs trajets en voiture en position assise.

Au vu des limitations fonctionnelles, de tels trajets en voiture ne sont plus exigibles. Il existe cependant de nombreuses places de travail pour informaticiens où les activités ne nécessitent pas de visites chez les clients. De telles activités ne sont pas moins bien rémunérées. Le recourant ne subit donc, en principe, pas ou seulement une minime perte de gain à cause de ses limitations fonctionnelles qui lui imposent de chercher une place d'informaticien sans visite de clients à leur domicile. Le Tribunal estime que cette minime perte de gain atteindra au plus 10 %. Les conditions fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans un arrêt de principe ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt du 11 mai 2012 8C_282/2012, consid. 7) concernant une comparaison en pourcentage ("Prozentvergleich") entre les salaires de valide et d'invalidé sont réalisées en l'espèce, l'assuré ne doit pas changer de branche malgré ses limitations fonctionnelles et cette comparaison des salaires montre clairement que le seuil donnant droit à un quart de rente n'est pas atteint.

Or, vu que conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 5.4), un droit à la rente aurait pu naître au plus tôt le 1^{er} septembre 2010, date à laquelle le recourant subissait au plus une incapacité de gain de 10 % au sens de la législation suisse, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

11.

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et réf. cit.). Le fait que l'assuré ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, 1989 p. 325 consid. 2b, 1982 p. 34 consid. 2c).

12.

Le recourant bénéficie de l'assistance judiciaire gratuite, il n'est donc pas perçu de frais de procédure.

Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, 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. En l'espèce, compte tenu du travail accompli par le représentant du recourant, il se justifie d'allouer une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'500.- (avec frais, sans TVA [arrêts du Tribunal administratif fédéral C-738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]), à la charge de la caisse du Tribunal.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Une indemnité de 2'500.- francs, supportés par la caisse du Tribunal, est allouée à Me Mathys, avocate d'office, à titre d'honoraires.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :