



Cour III
C-2255/2020

Arrêt du 15 février 2023

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, (France)
représenté par
Maître Isabelle Peruccio Sandoz, Peruccio Burkhalter,
recourant,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité, nouvelle demande,
(décision du 13 mars 2020).

Faits :**A.**

Le ressortissant franco-suisse A. _____ (ci-après : assuré ou recourant), né le (...) 1959, est marié et père d'une fille née en 1981. Il a d'abord bénéficié de la part de l'Office AI du canton B. _____ (ci-après : Office AI cantonal) de mesures professionnelles pour acquérir une formation pratique, dans les années 70 en tant qu'horticulteur, et ensuite, dans les années 90, dans le polissage et la menuiserie (caisserie). Il a accompli ces apprentissages notamment dans un centre de formation professionnelle spécialisé et un atelier pour handicapé. L'assuré a également touché des rentes d'invalidité ordinaires, soit du 1^{er} août 1996 au 31 octobre 1997 une demi-rente et à partir du 1^{er} novembre 1997 une rente entière (décisions des 10 octobre 1996 et 4 mai 1998 [AI pces 7 et 11 pp. 14 s.]; voir aussi l'extrait des notes de l'Office AI cantonal, allant du 2 mars 1995 au 30 novembre 2000 [AI pce 4 pp. 3 ss]). La rente a été supprimée par décision du 31 juillet 2007 de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger qui a constaté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré (ci-après : OAIE; AI pce 36) ; aucun recours n'a été formé à son encontre.

L'assuré qui vit depuis 2000 en France (cf. courrier reçu le 31 octobre 2000; AI pce 10 p. 2) a suite à la suppression de sa rente d'invalidité d'abord travaillé en France (cf. questionnaire pour employeur, rempli le 29 octobre 2019 [AI pce 51 p. 9]) et ensuite, dès 2008 en Suisse (cf. extrait du compte individuel du 17 janvier 2023 [TAF pce 16 annexe]) où il a perdu son dernier emploi le 21 janvier 2015 en raison d'absences répétées et d'un manque de polyvalence (cf. questionnaire pour employeur, rempli le 22 novembre 2019 [cf. AI pce 80 pp. 2 et 12]). En 2017 et 2018, il a encore poursuivi des activités en France (courriel du 18 novembre 2019 [AI pce 79], voir aussi l'attestation concernant la carrière d'assurance en France, E 205 FR [AI pce 42]) et depuis le 10 mai 2019, il touche une pension d'invalidité française (formulaire E 204 du 23 juillet 2019; AI pce 41 pp. 3 et 4).

B.

B.a Par courrier reçu le 4 juillet 2018 par l'Office AI cantonal, l'assuré a annoncé que son état s'était aggravé et qu'il était dans l'impossibilité de travailler (AI pce 38 p. 3). Il a joint à sa lettre le rapport du 31 mai 2018 de son médecin généraliste (AI pce 37).

Le 19 juillet 2018, l'OAIE, auquel le courrier de l'assuré a été transmis (AI pce 38 pp. 1 et 2), a invité ce dernier à s'adresser à l'organisme d'assu-

rance sociale française afin de présenter sa nouvelle demande de prestations et ceci dans un délai de trois mois, faute de quoi la date d'entrée de son courrier ne pouvait pas être retenue comme date de dépôt de sa demande (AI pce 39).

B.b Le 10 mai 2019, l'assuré a déposé sa demande de prestations par le biais de l'institution nationale de la sécurité sociale française que l'OAIE a reçue le 25 juillet 2019 (formulaire E 204 du 23 juillet 2019; AI pce 41).

Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'OAIE a recueilli plusieurs documents économiques et médicaux. Ces derniers ont fait état d'une épilepsie, de gonalgies gauches sur status après accident et ménissectomie externe en 2014, d'une périarthrite scapulo-humérale (PSH) et d'une maladie de Crohn du gros intestin. L'OAIE a invité le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) à prendre position (prise de position médicale du 9 décembre 2019; AI pce 82) et a évalué l'invalidité le 23 janvier 2020 en application de la méthode générale (AI pce 83).

Par projet de décision du 28 janvier 2020, l'OAIE a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations. En substance, il a exposé qu'il existait des atteintes à la santé provoquant des limitations fonctionnelles et que l'assuré ne pouvait plus exercer la dernière activité de manutentionnaire. Cela étant, dans une activité adaptée, respectant les limitations, la capacité de travail serait entière avec une diminution de la capacité de gain de 6% (AI pce 84). Le recourant, représenté par une avocate, s'est opposé au projet de décision et a pour l'essentiel avancé que les conclusions du SMR ne s'étaient basées sur aucuns examens médicaux récents (courrier du 3 mars 2020; AI pce 90).

Par décision du 13 mars 2020, l'OAIE a maintenu sa position et rejeté la demande de prestations (AI pce 91).

C.

Le 28 avril 2020, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal; TAF pce 1). Il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en place d'une expertise médicale par l'Office AI. Il a en particulier invoqué que le rapport du SMR s'écartait de l'avis de la Dresse C._____ et que partant, il n'avait pas été établi sur des bases objectives et qu'il ne prenait pas en compte l'intégralité du dossier. De surcroît, il a soutenu que son état de santé actuel n'avait pas été documenté à satisfaction.

Dans sa réponse du 7 juillet 2020 (TAF pce 7), l'OAIE, après avoir pris position sur les griefs du recourant, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Par réplique du 15 septembre 2020 (TAF pce 9) et duplique du 5 octobre 2020 (TAF pce 11), les parties ont maintenu leurs positions. Malgré l'invitation du TAF (ordonnance du 14 octobre 2020; TAF pce 12), le recourant n'a pas déposé d'observations finales.

Sur invitation du Tribunal, l'OAIE a produit le 17 janvier 2023 l'extrait du compte individuel de l'assuré, daté du même jour (TAF pces 15 et 16 avec son annexe).

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. 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]). De plus, eu égard aux fêtes judiciaires pascals (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA et 22a al. 1 let. b PA), le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) ainsi que dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA) et le recourant s'est dûment acquitté de l'avance de frais de procédure présumés (TAF pces 3 à 5).

Dès lors, le Tribunal peut entrer en matière sur le fond du recours.

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 (cf. let. c). Le TAF jouit donc 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 entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). Toutefois, le Tribunal 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, 3^e éd. 2022, n. 1.55 p. 29).

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.

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 2^{bis} 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 frontalière 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'occurrence, il est constant que l'OAIE était compétent pour rendre la décision querellée conformément au droit cité, l'assuré habitant en France (AI pce 10 p. 2). Cela étant, il sied d'examiner au regard de l'art. 40 al. 2 RAI si l'OAIE est aussi compétent pour examiner la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

Après la suppression de la rente par décision du 31 janvier 2007 de l'OAIE, l'assuré qui habite dans la zone frontalière (cf. Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité, CPAI, annexe VI), a travaillé de 2008 à 2015 en Suisse (cf. extrait du compte individuel du 17 janvier 2023 [TAF pce 16 annexe], cf. questionnaire pour employeur, rempli le 22 novembre 2019 [cf. AI pce 80]) et pouvait donc être qualifié de frontalier. En outre, il est établi que l'assuré souffre de plusieurs atteintes depuis de nombreuses années – et ainsi aussi pendant qu'il était frontalier – et il a invoqué avec sa nouvelle demande de prestations que son état de santé s'est dégradé. En particulier, il ressort du dossier qu'il a subi en 2014 – lorsqu'il a travaillé en tant que frontalier en Suisse – une chirurgie pour lésion méniscale externe gauche qui justifie de limitations importantes (cf. consid. 8.1 ci-dessous). Plus encore, son ancien employeur suisse a indiqué que le contrat de travail avait été résilié en raison d'absences répétées et d'un manque de polyvalence de l'assuré (AI pce 80 pp. 2 et 12). Partant, l'état de santé invoqué par l'assuré remonte, au moins partiellement, à l'époque de son activité en tant que frontalier en Suisse.

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 dossier concret ne fait pas état d'un tel motif.

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 la 215 consid. 2c). S'agissant en particulier des décisions rendues en matière d'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, 43^e éd. 2020, art. 55 n° 2). De plus, 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. En outre, 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 s'adresser 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, ressortissant franco-suisse, a été assuré à l'assurance-invalidité suisse (cf. extrait du compte individuel du 17 janvier 2023; TAF pce 16 annexe) et habite depuis de nombreuses années en France où il a également cotisé quelques années (attestation du 23 juillet 2019 concernant la carrière d'assurance en France, E 205 FR; AI pce 42). 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).

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 13 mars 2020. 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).

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 144 V 210 consid. 4.3.1). La présente décision litigieuse ayant été rendue le 13 mars 2020, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas déterminantes et les anciennes versions des dispositions légales seront citées ci-après (notamment : TF 9C_477/2021 du 22 juin 2022 consid. 1).

4.

Sur le fond du recours est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est de bon droit que la nouvelle demande de prestations de l'assuré a été rejetée.

5.

5.1 En vertu de la loi, 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).

Selon 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. 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).

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).

5.2 Conformément à 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'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.3 Aux termes de 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).

5.4 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard 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 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.

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 ressortissante suisse

ou ressortissante 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).

5.5 S'agissant de la condition d'assurance qu'une personne doit remplir pour avoir droit à une rente d'invalidité suisse, il ressort de l'art. 36 al. 1 LAI que tout requérant doit avoir versé, lors de la survenance de l'invalidité, des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total, dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065).

6.

6.1 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).

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).

6.2 En l'espèce, il est constant que le dernier examen matériel du droit à la rente du recourant, tel que décrit ci-dessus, a été effectué lors de la décision de suppression de rente du 31 juillet 2007 (AI pce 36) contre laquelle aucun recours n'avait été interjeté. A ce moment-là, l'OAIE avait constaté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que celui-ci ne présentait plus d'incapacité de travail. Concrètement, le SMR qui s'est fondé sur les rapports des 9 et 12 juin 2006 des Drs D._____, neurologue, et E._____, médecin de famille (AI pces 24 et 26), a retenu, dans le rapport final du 24 novembre 2006 (AI pce 29), que l'assuré n'avait plus présenté de crises d'épilepsie depuis 2003 et que l'état était alors stabilisé. De plus, sur le plan psychiatrique, il y avait également stabilisation de la dépression avec la quasi disparition des crises d'angoisses ; le traitement avait du reste pu être arrêté en 2003. L'assuré souffrait encore de la maladie de Crohn (1992) et d'un polytraumatisme des membres inférieurs (1979), mais ces atteintes n'avaient pas non plus de répercussions sur la capacité de travail.

Cet état de fait, déterminant le 31 juillet 2007, forme le point de départ temporel de l'examen de la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Le Tribunal examinera alors le bienfondé de la décision attaquée du 13 mai 2020 en se prononçant sur les questions de savoir si l'état de santé du recourant a subi une modification notable de sa situation depuis le 31 juillet 2007 et si cette modification est propre à influencer sur son droit à une rente d'invalidité. Il est d'ailleurs constant que l'assuré remplit la condition de cotisation minimale pour avoir droit à une rente d'invalidité, prévue par l'art. 36 al. 1 LAI cité (cf. consid. 5.5), ayant cotisé de nombreuses années en Suisse (TAF pce 16 annexe).

7.

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. 6.2) – 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).

8.

8.1 Pour sa décision querellée du 13 mai 2020, l'OAIE disposait des pièces médicales suivantes :

- s'agissant de l'épilepsie dont l'assuré souffre depuis l'enfance, différents anciens rapports, soit le résultat du 22 octobre 2003 de l'IRM encéphalique, signé du Dr F. _____ (AI pce 53), le résultat du 2 décembre 2003 de l'échographie parotidienne droite, signé du Dr G. _____ (AI pce 54), ainsi que la prescription médicamenteuse du 8 décembre 2003 de Z. _____ par le Dr D. _____ (AI pce 55),
- concernant les gonalgies au genou gauche, les résultats des 29 septembre 2005, 20 janvier 2006, 23 octobre 2009, 21 mars et 29 avril 2014 d'examens entrepris par imagerie médicale, signés par le Dr H. _____, respectivement par le Dr I. _____ (AI pces 56 à 58, 61, 62), ainsi que le compte rendu opératoire du 2 juillet 2014, faisant état d'une arthroscopie pour lésion du ménisque externe, signé par les Dr J. _____ et Dr K. _____ (AI pce 63), et le résultat du 23 février 2015 de l'examen par imagerie médicale du genou gauche et de l'axe mécanique gauche, signé par la Dresse L. _____ (AI pce 65),
- relative à la maladie de Crohn qui a été diagnostiquée en 1993, les comptes rendus opératoires des 19 juillet 2012 et 2 novembre 2015 concernant des endoscopies pratiquées par le Dr M. _____, respectivement par le Dr N. _____ (AI pces 59 et 66) ainsi que les résultats du 9 novembre 2015 de la gastroscopie et coloscopie, signés du Dr O. _____, et le rapport médical du 3 février 2016 y relatif, établis par

le Dr N._____, gastro-entérologue, lequel, après avoir décrit les résultats de ses examens, conseille la poursuite du traitement médicamenteux ainsi qu'un contrôle par gastroscopie et coloscopie dans 2 à 3 ans (AI pces 67 et 68),

- les résultats du 16 octobre 2014 du scanner lombaire, signé du Dr P._____(AI pce 64), et du 5 février 2016 du scanner des tibias, signé de la Dresse L._____(AI pce 69),
- le rapport médical du 13 juillet 2016 du Dr D._____, neurologue, qui note que l'assuré présentait une épilepsie myoclonique qui était bien équilibrée depuis plus de 13 ans par quatre comprimés de Dépakine mais qu'il existait un tremblement intentionnel et d'attitude invalidant, qui s'inscrit dans cette prise de médicament ; le médecin pense qu'il est opportun et possible de réduire de façon progressive les doses importantes (AI pce 70),
- le rapport du 31 mai 2018 de la Dr Q._____, médecin généraliste, laquelle décrit un conflit sous acromial de l'épaule droite avec douleurs et limitations, de paresthésies cervicales droites et de contracture cervicale gauche ainsi qu'un antécédent de fractures des os du membre inférieur gauche avec instabilité du genou, déformation en valgus et gonarthrose ; elle demande ce que l'on peut mettre en place au niveau professionnel afin de limiter les phénomènes douloureux (AI pce 37),
- relativement à l'épaule droite, les résultats des 29 mai, 11 juin et 25 juillet 2018 des examens par l'imagerie médicale, signés par les Drs H._____, L._____ et G._____ (AI pces 71 à 73),
- le rapport du 19 octobre 2018 du Dr H._____, orthopédiste, lequel a été consulté pour la scapuloalgie droite dont l'assuré souffre ; ce spécialiste décrit les plaintes de l'assuré qui est droitier ainsi que son examen clinique qui montre une épaule souple, des signes de souffrance sous-acromial, des douleurs irradiant dans le territoire du biceps et une arthropathie acromio-claviculaire ; le médecin prescrit la suite du traitement et une consultation de contrôle dans 6 mois ; par ailleurs, il conseille à l'assuré d'éviter le port de charges lourdes, bras tendus, le travail répétitif et notamment le travail au-dessus de plan des épaules (AI pce 74),
- les résultats du 19 novembre 2018 de l'IRM de l'épaule droite, signés par le Dr R._____, respectivement par la Dresse S._____ (AI pce

75 pp. 1 et 2), ainsi que le rapport du 19 novembre 2018 de l'infiltration arthro-guidée de l'épaule droite, signé par le Dr T. _____ (AI pce 75 p. 3), et les résultats du 18 février 2019 de l'infiltration écho-guidée acromio-claviculaire droite, signés par le Dr U. _____ (AI pce 76),

- le rapport médical détaillé E 213 du 21 mai 2019, rempli et signé par la Dresse C. _____, médecin généraliste, laquelle fait état des antécédents médicaux ainsi que de son examen clinique ; elle pose comme diagnostics une épilepsie, des séquelles de lésions traumatiques du membre inférieur gauche suite à un accident de motoculteur en 1978, avec gonarthrose résiduelle gauche et chirurgie pour lésion méniscale externe gauche en 2014, une maladie de Crohn du gros intestin et une tendinopathie aigue non rompue et non calcifiante de l'épaule droite ; elle décrit, de plus, les limitations de l'assuré : celui-ci ne peut plus accomplir que des travaux mi-lourds et ne peut pas poursuivre un travail exposé à la chaleur et au bruit, un travail de nuit, un travail posté, nécessitant la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou la marche sur des plans inclinés ; le travail doit en outre permettre l'alternation des postures, soit une alternation de la marche, la station debout et assise ; la Dresse C. _____ conclut que l'assuré souffre de tremblements secondaires au traitement de l'épilepsie, de réduction du périmètre de marche due à des séquelles déformantes et douloureuses d'un accident de moteur en 1978 (multiples fractures jambe gauche), d'une tendinopathie non fissuraire de l'épaule droite et d'une maladie de Crohn ; elle précise que vu l'âge de l'assuré, les pathologies et leur évolution, la qualification professionnelle, le poste de travail et l'examen clinique, la capacité de travail de celui-ci est réduit de deux tiers et qu'il présente, en vertu de la législation du pays de résidence, une invalidité de la catégorie 2 (AI pce 43).

Le médecin du SMR, le Dr V. _____ a été invité à prendre position dans le dossier (prise de position du 9 décembre 2019; AI pce 82; cf. consid. 9.1 ci-dessous).

8.2 Sont encore versés au dossier, notamment les documents suivants :

- l'attestation du 23 juillet 2019 concernant la carrière d'assurance en France, faisant état de périodes d'assurance en 2007, 2017 et 2018 (formulaire E 205 FR; AI pce 42),
- le questionnaire à l'assuré, rempli et signé le 31 octobre 2019, dans lequel l'assuré informe qu'il avait travaillé pour des agences d'intérim,

des entreprises mécaniques, des entreprises de nettoyage, dans une cuisine en collectivité et des entreprises d'horlogerie et qu'il ne travaille plus depuis le 22 novembre 2018 en raison de son état de santé ; il indique encore que selon les douleurs, il marche avec des béquilles (AI pce 52),

- le questionnaire pour employeur, rempli le 29 octobre 2019 par W. _____ en France ainsi que les courriels des 24 octobre et 18 novembre 2019 de celui-ci ; il y apparaît que l'assuré travaillait en délégation de personnel chez différents clients, soit en 2006 et 2007 comme manutentionnaire, manœuvre, aide-déménageur et opérateur, ainsi que dernièrement, en 2017 et 2018, comme agent de fabrication polyvalent et inventariste (AI pces 50, 51 et pce 79),
- le questionnaire pour employeur, rempli le 22 novembre 2019 par X. _____ SA à (...), une entreprise qui était active dans le développement, fabrication et commercialisation des produits horlogers (cf. extrait du registre du commerce, consulté sur internet le 11 janvier 2023) ; l'employeur indique que l'assuré avait été engagé du 1^{er} mai 2011 au 31 mars 2015 en tant qu'opérateur CNF (Computer Numerical Control), que le dernier jour de travail était le 21 janvier 2015 et que le contrat de travail avait été résilié à cause d'absences répétées et d'un manque de polyvalence de l'assuré ; une description de l'activité, les comptes salaires des années 2012 à 2015 ainsi que la lettre de résiliation du 21 janvier 2015 ont été joints (AI pce 80),
- l'évaluation de l'invalidité du 23 janvier 2020 par l'OAIE en application de la méthode générale ; les revenus à comparer sont fixés sur la base des données statistiques et des activités simples et répétitives (niveau 1) ; le taux d'invalidité résultant s'élève à 6% (AI pce 83).

9.

9.1 Sur le plan médical, l'OAIE a basé sa décision contestée sur la prise de position médicale du 9 décembre 2019 du SMR, établie par le Dr V. _____ (AI pce 82).

Ce médecin a pris connaissance du dossier médical constitué qu'il a jugé suffisant et s'est explicitement référé au rapport médical détaillé E 213 du 21 mai 2019 de la Dresse C. _____ ainsi qu'aux différents résultats et rapport des 11 juin, 25 juillet, 19 octobre et 19 novembre 2018 portant sur

l'épaule droite de l'assuré (AI pces 43 et 72 à 75). Il a retenu comme diagnostics une épilepsie compensée sous traitement, des gonalgies gauches sur status après méniscectomie externe en 2014, une périarthrite scapulo-humérale (PSH) ainsi qu'une maladie de Crohn et a décrit plusieurs limitations fonctionnelles spécifiques à prendre en compte, soit un horaire de travail à plein temps, la position de travail assise, la proscription du travail avec les bras au-dessus de la tête ou accroupi et à genou et la limitation du port de charge à 10 kg maximum, des difficultés dans les déplacements, à monter sur une échelle et un échafaudage, à monter les escaliers ou à marcher sur un terrain irrégulier et à éviter des vibrations. Le médecin du SMR a attesté qu'une aggravation de l'état de santé est survenue sous forme de gonalgies gauches sur status après méniscectomie externe et de scapulalgies droites sur PSH avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé que l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne activité de manutentionnaire depuis le 21 janvier 2015 – correspondant au dernier jour de travail effectué chez X. _____ SA à (...) où l'assuré avait travaillé comme opérateur CNF (AI pce 80) – mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail serait totale.

Il sied de décider si les conclusions du Dr V. _____ peuvent être confirmées.

9.2 Il est incontesté que comparé à la situation prévalant le 31 juillet 2007 (cf. consid. 6.2), l'état de santé de l'assuré s'est considérablement modifié, voire aggravé, telle qu'attesté par le Dr V. _____ (cf. ci-dessus) et que, partant, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 6.1) est survenu. Au regard du rapport du 13 juillet 2016 du Dr D. _____, neurologue, le TAF relève de surcroît que la situation s'est aussi aggravée au niveau des deux mains de l'assuré, celui-ci souffrant désormais également d'un tremblement des mains intentionnel et d'attitude en raison des médicaments pris contre l'épilepsie (AI pce 70).

9.3 C'est l'évaluation de la capacité de travail par le médecin SMR, singulièrement la capacité de l'assuré à exercer une activité adaptée à ses affections qui est litigieuse entre les parties et qu'il sied d'examiner ci-après.

9.4

9.4.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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).

9.4.2 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 mais sur l'examen des rapports médicaux versés au dossier (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 disposant de compétences nécessaires, et que partant, l'examen personnel de l'assuré passe au second plan (cf. TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2). Ainsi, il n'existe pas de droit formel à une expertise médicale. La poursuite de l'instruction par l'Office AI est toutefois indiquée lorsqu'il existe des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports internes du SMR, les exigences en matière de preuve étant strictes à leur égard (cf. ATF 139 V 225 consid. 5.2; 137 V 210 consid. 1.2.1; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; TF 9C_415/2017 du 21 septembre 2017 consid. 3.2; notamment : TAF C-2102/2020 du 27 janvier 2022 consid. 6.9; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43).

9.4.3 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).

9.5

9.5.1 En l'espèce, le recourant soutient que l'appréciation du médecin du SMR ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles mentionnées, n'ayant pas été établie sur des bases objectives, n'ayant pas tenu compte de l'intégralité du dossier et n'ayant pas établi avec satisfaction son état de santé actuel.

Pour les raisons exposées ci-dessous, le Tribunal peut suivre les griefs du recourant, le dossier médical s'avérant lacunaire sur des points essentiels.

9.5.2 En effet, si le dossier constitué contient certes de nombreux rapports médicaux – l'OAIE le soulève à juste titre – il apparaît que seuls le rapport médical du 31 mai 2018 de la Dr Q. _____ (AI pce 37), le rapport orthopédique du 19 octobre 2018 du Dr H. _____ (AI pce 74) et le rapport médical détaillé E 213 du 21 mai 2019 de la Dresse C. _____ (AI pce 43) étaient récents au moment où la décision attaquée du 13 mai 2020 a été rendue. En particulier, le rapport neurologique du 13 juillet 2016 du Dr D. _____ (AI pce 70) était trop ancien pour renseigner valablement sur l'évolution et l'état actuel de l'assuré s'agissant de l'épilepsie dont il souffre, cette affection – qui semblait toutefois compensée depuis de nombreuses années – et, notamment, le tremblement intentionnel et d'attitude que l'assuré présentait en raison du traitement médicamenteux, décrit comme invalidant par le spécialiste, pouvant impliquer des limitations à prendre en considération pour déterminer la capacité de travail résiduelle. La Dresse C. _____, pour sa part, a d'ailleurs mentionné un tremblement des mains intentionnel et au repos qui handicapent le quotidien de l'assuré par des maladresses (AI pce 43 p. 3). Plus encore, s'agissant du genou gauche, aucun rapport orthopédique – même ancien – présentant un exposé entier de la situation de l'assuré (anamnèse, plaintes de l'assuré, évolution de l'état de santé et status actuel) ne figure au dossier. Pourtant, la Dresse C. _____ a décrit que l'assuré souffrait au genou gauche de séquelles déformantes et douloureuses d'un accident et a subi une opération pour ménisque externe le 2 juillet 2014 qui justifiaient, selon ce praticien, des limitations importantes ce que le médecin du SMR a du reste admis. Les résultats d'examens de l'imagerie médicale anciens et le compte rendu opératoire de l'intervention au ménisque (AI pces 56 à 58, 61 à 63 et 65) ne sauraient remplacer un examen orthopédique complet, étant d'ailleurs patent que les résultats

prouvés par l'imagerie médicale ne permettent pas à eux seuls d'établir des capacités ou 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). Le rapport du Dr H. _____ susmentionné qui traite uniquement de la scapulalgie droite dont l'assuré souffre également ne saurait non plus combler cette lacune, tout comme le rapport de la Dr Q. _____, médecin de famille, qui n'indique que des généralités. Ainsi, il appert que seule la Dresse C. _____ a examiné et évalué l'état de santé de l'assuré dans sa globalité. Or, même si cette médecin a décrit les antécédents médicaux ainsi que son examen clinique qui semble détaillé, elle ne possède pas, en tant que généraliste, les compétences professionnelles nécessaires pour se prononcer valablement sur l'état de santé actuel de l'assuré, notamment sur les plans neurologique et orthopédique. En effet, selon la jurisprudence, il est déterminant 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).

Plus encore, contrairement à ce que prétend l'OAIE, la Dresse C. _____ s'est prononcée quant à la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée, ayant conclu que vu l'âge de l'assuré, les pathologies et leur évolution, la qualification professionnelle, le poste de travail et l'examen clinique, la capacité de travail était réduite de deux tiers et ayant précisé que l'assuré présenterait une invalidité de catégorie 2. Cette catégorie de l'invalidité tient compte d'une incapacité d'exercer une profession quelconque (cf. art. L341-4 du Code français de la Sécurité sociale) et d'une perte d'au moins 2/3 de la capacité à travailler et des gains professionnels (cf. www.aide-sociale.fr et www.service-public.fr, consultés le 26 janvier 2023). Par conséquent, c'est à juste titre que le recourant argue qu'il existe une contradiction importante entre l'appréciation de la capacité de travail résiduelle effectuée par le médecin du SMR et celle de la Dresse C. _____ qui, en l'état, ne peut pas être expliquée par le seul fait que le médecin de la sécurité sociale française, qui a examiné l'assuré contrairement au médecin SMR, a également tenu compte des éléments étrangers à l'assurance-invalidité suisse, voire l'âge et la formation professionnelle de l'assuré (TF 9C_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.1; 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2; 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1; 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2; I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

9.5.3 Pour toutes ces raisons, l'attestation du Dr V. _____ selon laquelle l'assuré présenterait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations n'apparaît en l'état du dossier pas convaincante.

Par ailleurs, aucun autre rapport médical versé au dossier – notamment le rapport de la Dresse C. _____ et le rapport de la Dr Q. _____ que le recourant mentionne encore – ne remplit les exigences jurisprudentielles et ne permet de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante déterminant (cf. consid. 9.4.3).

En vertu de la maxime inquisitoire (cf. consid. 7), il aurait appartenu à l'OAIE de compléter le dossier. En effet, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assurances qui sont soumises à des réquisits judiciaires élevés (cf. consid. 9.5.2) 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).

9.6 En conclusion, le TAF admet que le dossier fait état d'aggravations de l'état de santé de l'assuré survenues depuis la décision du 31 juillet 2007 et, partant, de motifs de révision au sens de la loi (cf. consid. 9.2). Cela étant, l'OAIE doit poursuivre l'instruction, le dossier constitué s'avérant lacunaire (cf. consid. 9.5.3). En l'état du dossier, le Tribunal ne saurait donc confirmer que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, telle que retenue par l'OAIE et le SMR.

10.

10.1 Au regard de tout 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 s'adresser pour le complément d'instruction à l'Office AI cantonal (cf. consid. 2.3.4).

10.2 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 de la Constitution fédérale [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 139 V 99 consid. 1.1; 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 complet de l'assuré et ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas encore été établis à satisfaction de droit (cf. consid. 10, notamment 10.4).

10.3 Il appartiendra à l'Office AI de mettre en place une expertise médicale en Suisse pour garantir que les experts maîtrisent les principes d'évaluation de la médecine d'assurance suisse (cf. TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). L'expertise devra porter au moins sur les plans de la médecine neurologique, orthopédique/rhumatologique et interne. Afin d'évaluer si l'expertise devra concerner d'autres disciplines médicales encore, l'Office AI actualisera d'abord le dossier. Par ailleurs, s'agissant de la sélection des disciplines médicales nécessaires, l'art. 44 al. 5 LPGA sera observé aux termes duquel les disciplines médicales sont déterminées à titre définitif par l'assureur pour les expertises mono- et bidisciplinaires (al. 1 let. a et b de la disposition) et par le centre d'expertises pour les expertises pluridisciplinaire (al. 1 let. c). L'expertise sera, en outre, organisée dans le respect des droits de participation du recourant (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) ainsi que de l'art. 72^{bis} RAI qui précise les règles d'attribution des expertises bi- et pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 3 à 5). L'Office AI déterminera ensuite le taux d'invalidité ainsi que le droit de l'assuré à une rente d'invalidité tout en tenant compte de la jurisprudence du Tribunal relative aux assurés se trouvant proche de l'âge de la retraite suisse selon laquelle, lorsque l'assuré est d'un âge avancé, il sied d'examiner si celui-ci, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, est en mesure d'exploiter économiquement une éventuelle capacité de travail résiduelle attestée d'un point de vue médical (cf. notamment ATF 145 V 2 consid. 5.3.1; 138 V 457 consid. 3.1, 3.3 et 3.4). L'Office AI rendra ensuite une nouvelle décision.

11.

11.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure, le recourant ayant obtenu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour compléments d'instruction et nouvelle décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1; 132 V 215 consid. 6.2; cf. art. 63 al. 1 PA) et l'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais (cf. art. 63 al. 2 PA). Par conséquent, l'avance de frais de procédure de 800 francs versée par le

recourant (TAF pces 3 à 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

11.2 Les art. 64 PA et 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés, tels les frais de représentation (cf. art. 8 ss FITAF). En l'occurrence, l'avocate n'a pas fait parvenir au Tribunal un décompte de ses prestations (cf. art. 14 al. 1 FITAF). Ses frais sont donc 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. Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs à charge de l'OAIE (cf. art. 64 al. 2 PA; art. 9 al. 1 et 10 al. 2 FITAF).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 13 mars 2020 est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour compléments d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée sera remboursée au recourant dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

L'OAIE payera au recourant à titre de dépens le montant de 2'800 francs.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF; RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :