



---

Cour III  
C-292/2015

## **Arrêt du 28 août 2017**

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Michela Bürki Moreni, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,  
Daphné Roulin, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France)  
représenté par Aa. \_\_\_\_\_, (France)  
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, droit à la rente (décision du 9 décembre 2014).

**Faits :****A.**

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressé ou le recourant), né le ... 1967, domicilié en France, de nationalité française, a effectué son apprentissage de « CAP électricien monteur » en France de 1988 à 1991 (AI pces 1, 12 et 22). Dès 1991, il a travaillé en Suisse en tant que frontalier auprès de divers employeurs, puis dès le 3 août 1993 auprès de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ à Bâle à 100% en qualité de monteur électricien (AI pces 1, 8, 12, 13 et 22). Par courrier du 3 juillet 2009, l'entreprise précitée a résilié les rapports de travail pour des raisons économiques (AI pce 5 p. 1) ; le contrat de travail s'est terminé le 30 septembre 2009 (AI pce 12 p. 2 et 8).

**B.**

**B.a** Au cours de sa carrière, A. \_\_\_\_\_ a été victime de trois accidents en décembre 1992, en janvier 2005 et en juillet 2009 ainsi que de plusieurs rechutes prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) causant des incapacités de travail passagères (AI pces 9.43, 9.54, 18.18 et 89). De manière générale, outre une opération (nucléorhèse) en 1993, l'intéressé s'est notamment vu prescrire des traitements conservateurs (AI pces 5 p. 37-39 et 18.18).

**B.b** Le premier accident est intervenu le 26 décembre 1992, lorsqu'A. \_\_\_\_\_ est tombé d'une échelle sur son lieu de travail. Est diagnostiquée une hernie discale droite au niveau L4-L5 avec des soupçons d'irradiations de la racine droite L5. Le 26 mai 1993, est pratiqué par le Dr C. \_\_\_\_\_ une nucléorhèse L4-L5 et L5-S1 (AI pces 5 [p. 23 et 37], 18.18 et 89). En février 2005, l'intéressé souffre d'une première rechute, étant une conséquence de la nucléorhèse de 1993 : (i) une hernie discale L4-L5 avec des signes dégénératifs et (ii) une hernie discale volumineuse et calcifiée L5-S1 avec rétrécissement du canal rachidien (AI pces 5 p. 40, 9.54 et 18.18 p. 1). En janvier 2006, respectivement de décembre 2007 à janvier 2008, l'intéressé souffre d'une deuxième, respectivement d'une troisième rechute (AI pces 9.43, 9.46, 9.48, 9.53 et 18.18 p. 1). Suite à une quatrième rechute en février 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vertébrale, constate, dans sa correspondance du 13 février 2009 au Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, spécialiste en gériatrie, D.U. de traumatologie du sport, une double discopathie majeure L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une double hernie discale notamment au niveau L5-S1 volumineuse compressive des racines nerveuses (AI pce 9.28). Dans une autre correspondance du 26 février

2009 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, au Dr D.\_\_\_\_\_, celui-ci fait état d'une discopathie à deux étages L4-L5 et L5-S1 avec des signes dégénératifs et inflammatoires (Modic 1 et 2) ainsi qu'une calcification intra canalaire déjà constatée en 2005 (AI pce 5 p. 35). Le Dr E.\_\_\_\_\_ n'envisage pas d'interventions chirurgicales étant donné que les traitements médicamenteux ont soulagé A.\_\_\_\_\_ (AI pce 5 p. 35).

**B.c** Le deuxième accident est intervenu le 28 janvier 2005 ; A.\_\_\_\_\_ est victime d'un accident de circulation ayant principalement pour conséquences des plaintes au niveau des cervicales, puis secondairement une lombalgie. Une rechute est intervenue du 15 mai au 28 juin 2009 (AI pces 5 p. 37-40, 9.37, 9.33, 9.43, 9.45 p. 2, 18.6, 18.18 p. 2 et 89 p. 2).

**B.d** Le 30 juillet 2009, A.\_\_\_\_\_ a été victime d'un troisième accident, à savoir une chute dans des escaliers (AI pces 5 [p. 24 et 28], 9.45 p. 2 et 18.18 p. 2). L'intéressé est en arrêt maladie depuis ce jour, régulièrement renouvelé par certificats médicaux (certains étant illisibles) notamment de son médecin traitant, à savoir le Dr D.\_\_\_\_\_ puis dès le mois d'avril 2010 le Dr F.\_\_\_\_\_ (AI pces 5 [p. 4-22 et 27], 6, 9.9, 9.26, 9.29, 9.30, 9.38, 15, 17, 23 p. 3 et 36, 62 p. 3, 64 p. 2 et 66).

### **C.**

A.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son représentant, à savoir le Aa.\_\_\_\_\_ (ci-après : Aa.\_\_\_\_\_), a adressé – à la demande de la SUVA (AI pce 9.5) – une demande de prestations datée du 26 juin 2010 auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Bâle-Ville (ci-après : l'OAI-BS), qui l'a reçue le 2 juillet 2010 (AI pce 1). L'intéressé a précisé souffrir d'une « hernie discale atteinte radiculaire bilatérale » (AI pce 1 p. 7).

### **D.**

Lors de la procédure d'examen de la demande, a été notamment versée au dossier la documentation suivante, dont certains certificats médicaux figurant au dossier de la SUVA :

- un certificat médical du 7 août 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_ à l'attention de la SUVA (AI pce 5 p. 33),
- un certificat médical du 5 octobre 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, attestant suivre l'intéressé pour un syndrome dépressif réactionnel depuis le 22 septembre 2009 (AI pce 5 p. 31),

- les résultats des examens radiologiques « IRM lombaire » du 31 décembre 2009 du Dr H. \_\_\_\_\_ concluant à des lésions de type Modic II en L4-L5, plus discrètement L5-S1 ainsi qu'un petit bulging circonférentiel discal L4-L5 et retenant essentiellement une hernie discale postéro latérale droite descendante L5-S1 en conflit avec la racine S1 droite (AI pce 5 p. 30),
- une correspondance du Dr E. \_\_\_\_\_ au Dr D. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2010 constatant, suite à un électromyogramme, des signes de radiculopathie chronique S1 bilatérale prédominant du côté gauche où l'on retrouve également des signes d'évolutivité et, suite à un IRM, une discopathie à deux niveaux L4-L5 et L5-S1 avec la présence d'une hernie discale calcifiée L5-S1 relativement médiane secondaire à une nucléorhèse d'une quinzaine d'années (AI pce 5 p. 29) ; par ailleurs, dans son certificat médical du 25 mars 2010, le Dr E. \_\_\_\_\_ explique que son patient souffre d'une sciatique gauche, depuis son dernier accident de travail, traitée par injection intra discale d'hexatrione, qui a entraîné l'apparition de calcifications discales proliférantes (AI pce 5 p. 28) ; le Dr E. \_\_\_\_\_ recommande une intervention chirurgicale « d'arthrodèse intersomatique » – prévue le 20 avril 2010 – dès lors qu'il existerait une compression radiculaire (AI pce 5 p. 28-29) ; cette intervention a été annulée, dès lors qu'A. \_\_\_\_\_ a préféré requérir un nouvel avis médical auprès du Dr I. \_\_\_\_\_, pôle MPR-Rhumatologie, chef de service au service de médecine interne physique et réadaptation au Centre Z. \_\_\_\_\_, ce qui a amené A. \_\_\_\_\_ à suivre pendant 5 semaines une rééducation du dos (notes internes de la SUVA ; AI pces 5 [p. 24 et 28], 9.4, 9.8 et 9.9),
- un rapport médical intermédiaire daté du 3 juin 2010 rempli par le Dr I. \_\_\_\_\_ à l'attention de la SUVA (AI pce 5 p. 26),
- une correspondance du 4 juin 2010 du Dr I. \_\_\_\_\_ à l'attention de la Dresse J. \_\_\_\_\_, Pôle MPR-Rhumatologie du Centre Z. \_\_\_\_\_, médecin hospitalier, rappelant que l'électromyogramme avait montré une radiculopathie chronique S1 bilatérale prédominante à gauche et qu'il ressort de l'IRM les discopathies L4-L5 et L5-S1, une protusion L4-L5, une hernie discale calcifiée L5-S1 et un Modic en L4-L5, concluant globalement à une nette phase d'amélioration et qu'A. \_\_\_\_\_ a le bon profil pour intégrer un groupe de restauration fonctionnelle du rachis (AI pce 5 p. 23-25),

- le formulaire rempli par l'employeur à l'attention de l'OAI-BS daté du 20 juillet 2010 et reçu le 21 juillet 2010 (AI pce 12).

#### **E.**

Par communication du 21 juillet 2010, l'OAI-BS a informé A. \_\_\_\_\_ qu'à ce stade des mesures d'ordre professionnel étaient impossibles et que l'examen du dossier se poursuivait (AI pce 7).

#### **F.**

De nouveaux documents ont été versés au dossier, à savoir notamment des documents figurant au dossier de la SUVA :

- le rapport médical, sous forme de formulaire, rempli par le Dr I. \_\_\_\_\_ et daté du 19 août 2010 (AI pce 15),
- le rapport médical, sous forme de formulaire, rempli par le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin traitant, du 24 août 2010 (AI pce 16) mentionnant notamment que le degré d'incapacité professionnelle sera à évoluer à l'issue du programme de restauration du rachis (AI pce 16 p. 5),
- l'extrait de compte individuel attestant du versement de cotisations dès le mois de mai 1991 jusqu'en décembre 2009 (AI pce 8),
- le rapport médical du 24 août 2010 de l'examen de la SUVA rendu par son médecin d'arrondissement, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie (AI pce 18.18). Après examen du patient (AI pce 18.19), le Dr K. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics de (i) lombalgies chroniques après traumatisme d'une petite hernie discale droite à la hauteur L4-L5 et une protrusion discale L5-S1 et de (ii) status après nucléorhèse L4-L5 et L5-S1 du 26 mai 1993 (AI pce 18.18 p. 3),
- le rapport médical daté du 6 septembre 2010 (AI pce 18.14) des Dr L. \_\_\_\_\_, praticien contractuel, Dr M. \_\_\_\_\_, praticien hospitalier, et Dresse J. \_\_\_\_\_, médecin hospitalier, concernant l'hospitalisation du 26 au 27 août 2010 au Centre Z. \_\_\_\_\_, pôle de médecine physique-réadaptation et rhumatologie, concluant à « une lombalgie chronique avec syndrome de déconditionnement, arrêt de travail prolongé, justifiant une prise en charge hospitalisation restauration fonctionnelle du rachis » et proposant une admission à compter du 10 octobre 2010 pour une durée de 5 semaines (AI pce 18.14 p. 4),
- le résultat du programme de réentraînement du rachis daté du 6 décembre 2010 du Dr L. \_\_\_\_\_, praticien hospitalier au Centre

Z.\_\_\_\_\_, pour le suivi du 11 octobre au 12 novembre 2010 (AI pce 18.11), pris en charge par la SUVA (AI pce 18.15), concluant à une évolution physique satisfaisante en-dehors de la persistance d'une raideur rachidienne et à un avenir professionnel favorable en tenant compte des difficultés liées aux postures de travail et à la manutention. Le Dr L.\_\_\_\_\_ recommande une activité physique d'entretien et un suivi dans 6 semaines (soit le 24 janvier 2011, cf. AI pce 21), puis dans 6 mois, 1 an et 2 ans (les trois éventuels derniers rapports médicaux de suivi ne se trouvent vraisemblablement pas au dossier, excepté une attestation d'hospitalisation du 8 au 9 août 2012 au centre Z.\_\_\_\_\_, unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire cf. AI pce 62 p. 2 ; AI pce 18.11 p. 3),

- une correspondance du 24 janvier 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_ à l'attention du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant, évoquant notamment qu'au niveau lombaire, les douleurs persistent à un niveau moyen (environ à 5/10 à l'EVA) constituées d'une douleur lombaire médiane irradiant vers la gauche au niveau de la fesse et de la face postérieure de la cuisse, qu'à l'examen clinique il ne trouve pas de déficits, que l'examen neurologique est sensiblement normal (sauf légère réaccentuation de la raideur sous pelvienne postérieure) et que le profil physique de l'intéressé est tout à fait compatible avec une activité professionnelle, si elle n'entraîne pas de port de charge ni de station statique rachidienne contraignante (AI pce 21),
- le rapport médical du 25 janvier 2011 du médecin d'arrondissement de la SUVA, à savoir le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, diagnostiquant après examen du patient le 25 janvier 2011 (i) une lombalgie chronique gauche après traumatisme du dos d'hernies discales L4-L5 et L5-S1 et (ii) un état après une nucléorthèse L4-L5 et L5-S1 du 26 mai 1993. Il constate que l'état de santé de l'intéressé s'est stabilisé et qu'une réadaptation peut commencer. Il énumère les limitations fonctionnelles que devra respecter le nouveau travail (activités variées légères et moyennement difficiles avec des possibilités de changement de position de travail – assis, debout, en marchant –, en position debout si possible sans contraintes sur le dos et avec des ports de charge occasionnels de 5 à 10 kg dépendant de la fréquence et de la forme physique ; AI pce 18.6).

**G.**

**G.a** Par communication du 31 janvier 2011, l'OAI-BS a accordé à A.\_\_\_\_\_ une orientation professionnelle afin d'examiner les possibilités de réadaptation professionnelle (AI pce 19). Par décision du 10 juin 2011 de l'OAIE, A.\_\_\_\_\_ a été informé de la prise en charge financière des frais de l'orientation professionnelle, qui aurait lieu du 14 juin 2011 au 30 septembre 2011 auprès du centre Y.\_\_\_\_\_ en France (AI pces 26, 27, 30, 31, 33 et 34).

**G.b** A l'issue du stage d'orientation professionnelle auprès du centre précité, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et « médecin – préorientation », constate aux termes du rapport médical de sortie daté du 11 octobre 2011, des lombalgies chroniques bien rééduquées (AI pce 43 p. 25). Est ainsi recommandé une formation dans le domaine du métré avec au préalable une remise à niveau ainsi que de continuer le suivi en orthophonie (« rapport du séjour en préorientation » : AI pce 43 p. 1-4 et 7 ; AI pce 43 p. 24 et 25).

**G.c** A l'issue de l'orientation professionnelle, ont été ainsi proposés par les institutions concernées les cours suivants : (i) un cours de français, mathématiques, allemand et bureautique de décembre 2011 à mars 2012 (AI pce 40), suivi (ii) d'un cours intitulé « ABC Bureaux d'Etudes » du 5 mars au 27 juillet 2012 (AI pces 37 p. 3-6 et 48) et enfin (iii) la formation de métreur du 28 juillet 2012 au 14 février 2014 (AI pces 37 p. 8-10 et 48). Le 14 décembre 2011, l'OAI-BS a communiqué à l'intéressé que les conditions étaient remplies pour la prise en charge des cours précités (AI pces 38, 42 et 44).

**G.d** Dans le bilan de fin de parcours daté du 27 juillet 2012 du cours « ABC Bureaux d'Etudes » (AI pce 59), le centre Y.\_\_\_\_\_ explique qu'A.\_\_\_\_\_ n'a pas acquis le niveau nécessaire pour la formation de métreur, qui se révèle inadéquate par rapport à ses difficultés (AI pces 55 et 59 p. 7).

**H.**

Par communication des 28 juin et 11 juillet 2012, A.\_\_\_\_\_ a été informé qu'un nouveau stage d'orientation professionnelle était organisé à un centre ORIF (intégration et formation professionnelle) du 13 août au 23 septembre 2012 afin d'éclaircir les possibilités de reclassement et que les coûts de ce stage étaient pris en charge par l'OAI-BS (AI pces 54 et

56). Ne se trouve au dossier aucune éventuelle attestation de suivi du stage auprès du centre ORIF à W.\_\_\_\_\_ ni un quelconque rapport final.

**I.**

Du 28 janvier 2013 au 24 janvier 2014, A.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'une mesure de reclassement, à savoir une formation « d'agent technicien vendeur spécialisé en matériels de sport » auprès du centre X.\_\_\_\_\_ en France (AI pces 68 p. 1, 74, 76, 78, 79 et 80). Par communication du 8 novembre 2012 (AI pce 71), remplaçant celle du 1<sup>er</sup> novembre 2012 (AI pce 69), l'OAI-BS a informé A.\_\_\_\_\_ prendre en charge les frais de la formation précitée. Dite formation se compose de 1280 heures du 28 janvier 2013 au 24 janvier 2014 dans les locaux du centre de formation et de 245 heures réalisées en entreprise du 10 juin au 5 juillet 2013 et du 2 au 20 décembre 2013 (AI pce 78 p.2-3).

**J.**

Dans le cadre de la suite de l'instruction de l'affaire, les documents suivants ont été notamment versés en cause :

- un certificat médical du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant, daté du 16 décembre 2013 expliquant qu'A.\_\_\_\_\_ est en stage professionnel (réparation ski-vélo), et que le poste de travail n'est pas adapté pour son patient (impossibilité de s'asseoir, position debout en continu et susceptibilité de porter des charges de l'ordre de 10 à 20 kg de façon répétée), de sorte que la situation doit être réévaluée. Le médecin constate des lombalgies basses et une raideur rachidienne segmentaire. Le Dr F.\_\_\_\_\_ prescrit ainsi un arrêt de travail de 15 jours et un traitement antalgique antiinflammatoire et décontractant (AI pce 82 p. 2),
- un certificat d'arrêt de travail du Dr F.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014 pour une durée d'un mois (AI pce 82 p. 1),
- un compte-rendu orthophonique de P.\_\_\_\_\_, orthophoniste « DU de neuropsychologie et doctorat d'université en psycholinguistique », non daté et reçu le 28 janvier 2014 par l'OAI-BS. Celui-ci conclut qu'A.\_\_\_\_\_ présente une « sévère dyslexie-dysorthographe mixte certainement seconde à un trouble initial du langage oral prédominant sur la phonologie et un probable déficit auditif (otites sérieuses) dans la petite enfance ». Selon ce rapport, un bilan complémentaire neuropsychologique est nécessaire. Le spécialiste propose un projet thérapeutique pour remédier à ces troubles (AI pce 83),

- un certificat médical du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 14 février 2014 diagnostiquant des lombalgies chroniques (prise d'antalgique au moins une fois par semaine) et une dyslexie sévère associée à des déficits cognitifs de type exécutif. Le Dr F.\_\_\_\_\_ explique que les troubles d'A.\_\_\_\_\_ de l'ordre de déficits cognitifs de type exécutif peuvent être invalidants. Selon ce même médecin, une réadaptation neuropsychologique et un aménagement d'un futur poste de travail doivent être envisagés (AI pce 87).

#### **K.**

Il ressort du dossier qu'A.\_\_\_\_\_ a bénéficié de mesures professionnelles et d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité du 14 juin 2011 jusqu'au 24 janvier 2014 (AI pces 32, 35, 41, 44, 47, 49, 50, 58, 63, 65, 73 et 77). Par courrier du 18 février 2014, le centre X.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI-BS avoir décerné à A.\_\_\_\_\_ le titre professionnel « d'agent technicien vendeur spécialisé en matériels de sports », dès lors qu'il avait obtenu les compétences nécessaires (AI pce 88). Ledit centre a par ailleurs conseillé que l'intéressé travaille en équipe dans une petite entreprise (AI pce 88 p. 2).

#### **L.**

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste orthopédique et de la chirurgie traumatologique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport daté du 24 février 2014 après examen du dossier d'A.\_\_\_\_\_ (AI pce 89). Les diagnostics posés sont : (i) en raison de la chute d'une échelle le 26 décembre 1992, lombalgie aiguë avec des petites hernies à droite au niveau L4-5 avec des soupçons d'irradiations de la racine droite L5, (ii) protrusion discale L5-S1 sans réelle hernie et (iii) en date du 26 mai 1993, une injection intradiscale L4-L5 et L5-S1 effectuée par le Dr C.\_\_\_\_\_ (AI pce 89 p. 5). D'un point de vue objectif, le Dr Q.\_\_\_\_\_ constate une totale mobilité de la colonne vertébrale et, du point de vue subjectif de l'assuré, il rapporte que celui-ci se plaint encore notamment de douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque à gauche (AI pce 89 p. 5). Le médecin recommande encore une série de kinésithérapie et pas d'autres mesures conservatoires (AI pce 89 p. 5). Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr Q.\_\_\_\_\_ énumère les suivantes : activité possible toute la journée, légère à moyenne, alternée, changement de position de travail, en position debout pas de contraintes sur le dos, pas de longues positions penchées et pas de multiples rotations du dos (AI pce 89 p. 5). Il se réfère en outre aux limitations fonctionnelles énumérées par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 janvier 2011 (AI pce 89 p. 5). Il s'agit d'une activité possible toute la journée, légère à moyenne, alternée, changement de position de

travail, en position debout pas de contraintes sur le dos, pas de longues positions penchées et pas de multiples rotations du dos (AI pce 89 p. 5 ; cf. supra let. F).

### **M.**

Par courrier du 20 mars 2014, la SUVA a notamment indiqué à A.\_\_\_\_\_ que, en se référant au rapport du 24 février 2014 du médecin de la SUVA, elle cesserait ses prestations d'assurance au 30 mars 2014, dès lors que son état de santé ne pouvait plus être amélioré par des traitements médicaux (AI pce 90). Par décision du 15 avril 2014, la SUVA a reconnu à l'intéressé une incapacité de travail de 13% et par conséquent le droit à une rente dès le 15 février 2014 de CHF 457.10 (AI pce 93).

### **N.**

Par projet de décision du 18 février 2014 (AI pce 86) puis par décision du 17 avril 2014 (AI pce 95), l'OAI-E a pris acte que les mesures d'ordre professionnel étaient terminées, dès lors que la formation d'A.\_\_\_\_\_ était terminée avec succès et que l'intéressé pouvait ainsi travailler dans le nouveau métier qu'il avait appris.

### **O.**

Le SMR, soit pour lui le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, a rendu son avis médical le 22 septembre 2014 (AI pce 98). Pour fonder son rapport (AI pce 98 p. 4), le Dr R.\_\_\_\_\_ s'est référé aux rapports médicaux rendus par les médecins de la SUVA, à savoir le Dr K.\_\_\_\_\_ du 24 août 2010 (AI pce 18.18), le Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2011 (AI pce 18.6) et le Dr Q.\_\_\_\_\_ du 24 février 2014 (AI pce 89). Le Dr R.\_\_\_\_\_ reprend les diagnostics du Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf AI pce 89), constate une incapacité de travail à 100% dès le 4 juin 2010 et se référant à l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_ (cf. AI pce 5 p. 23-26 et 15) ainsi qu'au rapport de la SUVA du 24 août 2010 (cf. AI pce 18.18). Il énumère les limitations fonctionnelles de l'intéressé retenues par la SUVA les 25 janvier 2011 et 24 février 2014 (cf. AI pces 18.6 et 89) et conclut à une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée dès le 25 janvier 2011 suivant l'avis de la SUVA du 25 janvier 2011 (cf. AI pce 18.6 ; AI pce 98 p. 4).

### **P.**

**P.a** Par projet de décision du 13 octobre 2014, l'OAI-BS conclut au rejet du droit à une rente en faveur d'A.\_\_\_\_\_. L'OAI-BS retient que le droit à la rente naît dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, dès lors que le recourant était au bénéfice de mesures d'ordre professionnel de juin 2011 à janvier 2014. L'OAI-BS a

certes retenu que l'activité habituelle de monteur électricien ne pouvait plus être exercée, toutefois, le taux d'invalidité était de 4% après comparaison des revenus avant et après invalidité en tenant compte d'une activité adaptée et des limitations fonctionnelles (AI pce 99).

**P.b** Par courrier du 2 décembre 2014 (AI pce 101 p. 1), l'intéressé, par l'entremise de son représentant, a adressé à l'OAI-BS de nouveaux certificats médicaux, à savoir :

- une correspondance du Dr S.\_\_\_\_\_, chef de service du service de neurochirurgie, au Dr F.\_\_\_\_\_ daté du 14 novembre 2014 aux termes de laquelle A.\_\_\_\_\_ se plaint essentiellement de douleurs lombaires associées à des irradiations sciatiques au niveau des membres inférieurs du côté gauche ; le Dr S.\_\_\_\_\_ explique que l'IRM réalisé le 3 novembre 2014 montre des discopathies multiples associées à un signe de Modic 2 en L4-L5 et L5-S1 ; enfin, il précise que la chirurgie ne constitue pas une solution idéale pour les lombalgies et qu'il conviendrait de poursuivre le traitement conservateur (AI pce 101 p. 2),
- un rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ daté du 24 novembre 2014 (AI pce 101 p. 3-4) qui reprend pour l'essentiel le contenu de son précédent rapport médical du 14 février 2014 (cf. AI pce 87) et du rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2014 (cf. AI pce 101 p. 2).

**P.c** Par décision du 9 décembre 2014 (AI pce 102), l'OAIE a rejeté le droit à une rente d'invalidité en faveur d'A.\_\_\_\_\_ avec une motivation identique au projet de décision du 13 octobre 2014 (cf. AI pce 99).

## **Q.**

**Q.a** A.\_\_\_\_\_, par l'entremise de son représentant, a formé recours auprès de l'OAIE contre la décision susmentionnée (la date précise de l'envoi du recours ne ressort pas du dossier, toutefois le recours est daté du 18 décembre 2014 et le tampon de l'OAIE atteste une réception au 30 décembre 2014 ; annexes TAF pce 1). Il s'est contenté de manifester très succinctement en quelques lignes uniquement son désaccord avec le degré d'invalidité retenu par l'autorité inférieure et que son état de santé s'était aggravé. C'est ainsi que le recourant a conclu à ce que son dossier soit à nouveau instruit. A l'appui de son recours, le recourant s'est borné à renvoyer à des rapports médicaux déjà produits devant l'autorité inférieure, à savoir le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2014 (cf. AI pce 101 p. 3-4) et celui

du Dr S. \_\_\_\_\_ du 14 novembre 2011 (cf. AI pce 101 p. 2). Par courrier du 9 janvier 2015, l'OAIE a transmis pour compétence ledit recours au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF ; TAF pce 1).

**Q.b** Par décision incidente du 20 janvier 2015, le Tribunal de céans a requis du recourant une avance de Fr. 400.- sur les frais de procédure présumés (TAF pce 2), dont A. \_\_\_\_\_ s'est acquitté dans le délai imparti (TAF pce 4). Suite à l'invitation du Tribunal (ordonnances des 20 janvier et 24 février 2015 ; AI pces 2 et 5), le recourant a produit le 27 février 2015 (timbre postal) le rapport médical complet du Dr F. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2014 (AI pce 6).

**Q.c** Dans sa réponse du 2 avril 2015, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en se référant à la détermination de l'OAI-BS du 31 mars 2015. L'OAI-BS explique en substance que, contrairement à ce qu'allègue le recourant, les atteintes à la santé ne se sont pas aggravées et ont été déjà constatées par des examens médicaux antérieurs. De plus, les prétendus déficits relevant de la neuropsychologie n'empêchent notamment pas le recourant d'exercer une activité simple et répétitive (TAF pce 9).

**Q.d** Dans sa réplique du 2 mai 2015 (timbre postal ; TAF pce 12), le recourant, par l'entremise de son représentant, n'a fait aucun commentaire par rapport à sa cause, et s'est limité à joindre, outre des documents figurant déjà au dossier AI (cf. AI pces 83 et 101 p. 2), la documentation topique suivante :

- un rapport médical du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale, du 26 mars 2015, faisant état notamment que « sur le plan objectif, on ne retrouve pas grand-chose » et sur le plan radiologique les deux disques L4-L5 et L5-S1 complètement effondrés avec des images de sclérose des plateaux vertébraux de type Modic II, des petites protrusions sur ces deux disques mais sans compression radiculaire ainsi qu'un gros ostéophyte antérieur en L5-S1 qui témoigne de la quasi-immobilité de ce dernier disque. Il ne propose aucune chirurgie. Enfin, le Dr T. \_\_\_\_\_ évoque la difficulté de retrouver du travail compte tenu de la dyslexie qui se rajoute aux problèmes lombaires et qu'il conviendrait de l'orienter « à tout prix » pour lui retrouver du travail adapté (annexes TAF pce 12),

- un rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 20 avril 2015 identique à ses précédents rapports (cf. AI pces 87 et 101 p. 3-4) et précisant manuscritement qu'il n'y pas d'évolution notable de la situation et que son patient a été « récusé » sur le plan chirurgical (annexes TAF pce 12).

**Q.e** Dans sa duplique du 4 juin 2015, l'OAIE, par renvoi à la position de l'OAI-BS, a expliqué en substance que, eu égard à la déficience du langage déjà constatée chez le recourant (ne l'ayant pas empêché d'exercer plusieurs années en tant que monteur électricien) et au rapport médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2015 faisant état de deux discopathies L4-L5 et L5-S1, une activité simple et répétitive à 100% est possible (TAF pce 14). Par ordonnance du 12 juin 2015, le Tribunal administratif fédéral a notamment signalé que l'échange d'écritures était clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 15).

**Q.f** Par courrier du 6 octobre 2016, l'autorité inférieure a versé au dossier la documentation suivante (annexes TAF pce 17) :

- un rapport médical (formulaire E 213) daté du 12 juillet 2016 réalisé par le service médical de la Caisse primaire d'assurance-maladie (ci-après : la CPAM) à V. \_\_\_\_\_, soit pour lui le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialisation non précisée. Sont diagnostiqués (i) une lombalgie basse (M54.5) et (ii) une dyslexie et autres troubles de la fonction symbolique (R48). Il ressort de ce rapport une atteinte notable des deux derniers disques lombaires avec tout de même une fossilisation de la dernière vertèbre lombaire (témoignant d'un état stabilisé) et que, sur le plan de la dyslexie, est organisée une prise en charge plus solide et dynamique pour permettre à l'intéressé une réinsertion professionnelle plus satisfaisante. Selon ce médecin, « l'invalidité » est considérée comme partielle à hauteur de 15% et une amélioration est possible au moyen d'une prise en charge orthophonique.
- l'avis médical du SMR, soit pour lui le Dr R. \_\_\_\_\_, du 26 septembre 2016, confirmant aucune nouvelle atteinte à la santé.

**Q.g** Le Tribunal a transmis les documents susmentionnés au recourant pour connaissance et a rappelé que l'échange d'écritures était en principe clos, sous réserve d'autres mesures d'instructions.

**Q.h** Sur invitation du Tribunal (TAF pce 20), l'autorité inférieure a produit l'intégralité du rapport médical du 24 février 2014 rendu par le médecin de

la SUVA, à savoir le Dr Q. \_\_\_\_\_ (dit rapport était incomplet dans le dossier ; AI pce 89 et annexe 1 TAF pce 22).

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Selon l'art. 37 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), la procédure devant ledit Tribunal est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurance sociale n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

**1.2** Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 LAI, des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021). En vertu 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 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. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

**1.3** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

**1.4** En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (l'OAIE ayant transmis le recours au TAF au sens de l'art. 8 al. 1 PA ; art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGGA), qui s'est acquitté de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA), le recours du 18 décembre 2014 est recevable quant à la forme.

Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine et travaillait en Suisse (AI pces 1 p. 1 et 6, 12, 13 et 22), il doit être qualifié de frontalier. Ainsi, dans le cas concret, l'OAI-GE a à bon droit mené la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité et l'OAIE a quant à lui notifié la décision de refus (cf. notamment AI pces 2, 7, 19, 44, 51, 56, 61, 95, 99 et 102).

## **2.**

**2.1** Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant français, vivant en France – Etat membre de l'Union européenne –, a été assuré en Suisse comme frontalier de 1991 à 2009 (AI pces 1, 8, 12, 13 et 22). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

**2.2** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement. En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter – en règle générale – à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2).

**2.3** En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 26 juin 2010, date de la demande de prestations du recourant et le 9 décembre 2014, date de la décision attaquée (annexe TAF pce 1), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit le 9 décembre 2014. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, voir notamment arrêt du Tribunal administratif fédéral C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

### 3.

**3.1** Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n<sup>o</sup> 176). Cependant, 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 ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid 3.2.2 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozesieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2013, p. 25 n<sup>o</sup> 155 ; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3<sup>e</sup> éd., 2013, n<sup>os</sup> 154 ss).

**3.2** In casu, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 9 décembre 2014 ayant refusé d'accorder à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité (annexe TAF pce 1). Il convient donc d'examiner si le recourant remplit les conditions pour avoir droit à une rente AI.

### 4.

**4.1** Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPG/LAI (art. 8 LPG, art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**4.2** En l'occurrence, le recourant a cotisé en Suisse dès le mois de mai 1991 jusqu'en décembre 2009 (AI pce 8). Par conséquent, la condition liée à la durée minimale de cotisations est remplie. Il s'agit désormais d'examiner si le recourant est invalide au sens de la LPG/LAI (consid. 6 et ss) et à partir de quand (consid. 5).

## 5.

**5.1** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

**5.2** En l'espèce, il ressort des pièces figurant à la procédure que le recourant a été en arrêt maladie depuis le 30 juillet 2009 (AI pces 5 [p. 4-22 et 27] et 6) et a adressé sa demande de prestations le 26 juin 2010 (AI pce 1). Ainsi, le droit à une rente d'invalidité est né le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Il faudra néanmoins tenir compte que, dès le 14 juin 2011 jusqu'au 24 janvier 2014, l'autorité inférieure a accordé au recourant des mesures d'ordre professionnel et les indemnités journalières y relatives (cf. aux différentes décisions y relatives entrées en force de chose décidée ; TAF pce 12 et AI pces 32, 35, 41, 47, 49, 50, 58, 63, 65, 73 et 77). En effet, l'art. 7 al. 1 LPGA et l'art. 28 al. 1 let. a LAI consacrent le principe de la priorité de la réadaptation médicale et professionnelle sur la rente d'invalidité selon lequel la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain de la personne assurée. Le droit à la rente est ainsi subsidiaire aux mesures de réadaptation ce qui implique notamment qu'aux termes de l'art. 29 al. 2 LAI l'assuré n'a pas droit à une rente tant que sont mises en œuvre des mesures de réadaptation et que des indemnités journalières sont allouées à ce titre, aussi dans l'attente de ses mesures, conformément à l'art. 22 LAI (ATF 126 V 241 consid. 5-6 et références ; arrêt du TF 9C\_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 5.1.2 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 1896-1897 p. 507-508 et ch. 2016 p. 532). Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'autorité inférieure a retenu que le droit à la rente AI naissait le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et n'a notamment pas examiné le droit à la rente du recourant entre le 1<sup>er</sup> décembre 2010 jusqu'au début du versement des indemnités journalières le 14 juin 2011. Enfin, il reste encore à examiner si le recourant est invalide au sens de la loi.

## 6.

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

**6.2** La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991, p. 329 consid. 1c).

## 7.

**7.1** Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que

sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privés aux invalides.

**7.2** Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

**7.3** La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder

à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

Des rapports SMR sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du statut actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du TF 9C\_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3 et 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

## **8.**

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 5 = Pratique VSI 2004 p. 188; cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a, pour sa part, admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée, dans la mesure d'une complète

motivation fondant une divergence (ATF 126 V 288), par l'évaluation de l'invalidité en application des critères de l'assurance-accidents ; avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, fondées sur des critères différents car l'assurance-accident prend en compte le rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'invalidité alors que ce critère n'est pas déterminant pour l'assurance-invalidité, sont donc indépendantes (cf. arrêt du TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3 ; VALTERIO, op. cit., n° 2053 s.). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance, s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. ALFRED MAURER / GUSTAVO SCARTAZZINI / MARC HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3<sup>ème</sup> éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise. Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Par conséquent, une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 5.3 ; arrêt du TAF C/6446 du 6 mars 2017 consid. 6.1).

## 9.

En l'espèce, le Tribunal relève que l'ensemble des intervenants, y compris notamment les médecins d'arrondissement de la SUVA, le médecin SMR et le médecin traitant, s'entendent sur la localisation de l'atteinte à la santé dont souffre le recourant, à savoir au niveau L4-L5 et L5-S1 (AI pces, 5 p. 35, 9.28, 18.6, 18.1882, 87, 98 p. 3, 101 p. 2-3). Ils sont également d'accord sur les conséquences que cette atteinte a sur la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle, à savoir une incapacité totale en qualité de monteur électricien. Est litigieux le fait de savoir, en tenant compte de l'atteinte à la santé (dont le diagnostic diverge selon les médecins) et des limitations fonctionnelles du recourant, si celui-ci peut effectuer une activité adaptée à son état de santé. Préalablement, il convient d'examiner si les actes médicaux au dossier permettent de trancher la question du droit à la rente d'invalidité.

**10.**

**10.1** En l'espèce, pour prendre sa décision du 9 décembre 2014 de refus de rente AI, l'OAIE s'est fondé sur l'avis médical du 22 septembre 2014 du médecin SMR, à savoir le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH (AI pce 98). Ce médecin s'est lui-même référé aux rapports médicaux rendus par les médecins de la SUVA, à savoir le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, du 24 août 2010 (AI pce 18.18), le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH de la médecine générale, du 25 janvier 2011 (AI pce 18.6) et du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste de la chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 24 février 2014 (AI pce 89 ; annexe 1 TAF pce 22). Les rapports précités de la SUVA ont été rendus suite à un examen clinique du recourant, alors qu'au contraire le médecin SMR (le Dr R.\_\_\_\_\_) a rendu son rapport médical après le seul examen du dossier (AI pces 18.10 et 18.19 ; annexe 1 TAF pce 22). Les rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA peuvent être en l'occurrence utilisés en matière d'assurance-invalidité, dès lors notamment que la question de la causalité adéquate entre les accidents couverts et les atteintes à la santé n'a aucunement limité le champ d'investigation de la SUVA (cf. ALFRED MAURER / GUSTAVO SCARTAZZINI / MARC HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3<sup>ème</sup> éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss

**10.2** Dans son rapport médical du 24 août 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie, pose les diagnostics de (i) lombalgies chroniques après traumatisme d'une petite hernie discale droite en L4-L5 et une protrusion discale en L5-S1 et (ii) status après nucléorthèse L4-L5 et L5-S1 du 26 mai 1993 (AI pce 18.18 p. 3). Le Dr K.\_\_\_\_\_ explique que l'intéressé est en incapacité totale de travail et que dite capacité devra être réexaminée après le séjour de réhabilitation auprès du Centre Z.\_\_\_\_\_ (AI pce 18.18 p. 3-4 ; le recourant a suivi un programme de réentraînement du rachis du 11 octobre au 12 novembre 2010, AI pce 18.11). Le médecin ne statue ainsi pas de manière définitive sur la capacité de travail du recourant et ledit rapport médical ne permet pas au Tribunal de céans de s'y référer pour fonder sa décision.

**10.3** Dans son rapport médical du 25 janvier 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH de la médecine générale, pose les mêmes diagnostics que son prédécesseur. Le Dr N.\_\_\_\_\_ constate ainsi que l'état de santé de l'intéressé s'est stabilisé de sorte qu'une réadaptation peut commencer (AI pce 18.6 p. 3). C'est dans ce contexte que le recourant a bénéficié de mesures d'ordre professionnel, notamment d'une formation d'agent technicien vendeur spécialisé

en matériels de sports du 28 janvier 2013 au 24 janvier 2014. Ce rapport ne permet également pas au Tribunal de trancher la question litigieuse portant notamment sur la capacité de travail du recourant qui n'est pas examinée.

**10.4** A l'issue des mesures d'ordre professionnel, la SUVA, soit pour elle le médecin d'arrondissement, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste de la chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport daté du 24 février 2014. Etabli par un spécialiste des atteintes à la santé dont se plaint l'intéressé, il répond sur ce point aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ rapporte de manière exhaustive les antécédents médicaux de l'intéressé (annexe 1 p. 1-4 TAF pce 22) et retient comme diagnostics : (i) en raison de la chute d'une échelle le 26 décembre 1992, une lombalgie aiguë avec des petites hernies à droite au niveau L4-5 avec des soupçons d'irradiations de la racine droite L5, (ii) une protrusion discale L5-S1 sans réelle hernie et (iii) en date du 26 mai 1993, une injection intradiscale L4-L5 et L5-S1 effectuée par le Dr C. \_\_\_\_\_ (annexe 1 p. 5 TAF pce 22). Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr Q. \_\_\_\_\_ en établit la liste et se réfère de plus aux limitations arrêtées le 25 janvier 2011 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH de la médecine générale, médecin d'arrondissement de la SUVA (AI pce 89 p. 5). Toutefois, le Dr Q. \_\_\_\_\_ apprécie trop succinctement et pas assez clairement la situation médicale de l'intéressé et les conséquences sur sa capacité de travail. Il ne détermine notamment à aucun moment précisément le taux de capacité et/ou d'incapacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Les prédécesseurs du Dr Q. \_\_\_\_\_, à savoir le Dr K. \_\_\_\_\_ et le Dr N. \_\_\_\_\_, ne renseigne également pas sur ce taux de capacité de travail dans une activité adaptée. Force est de constater que font défaut une appréciation de la situation médicale de l'intéressé ainsi qu'une conclusion, de surcroît motivée, sur la capacité de travail de l'intéressé.

**10.5** Il apparaît ainsi que les rapports médicaux de la SUVA sont notamment trop sommaires et pas assez convaincants, de sorte qu'ils n'ont pas une valeur probante suffisante au sens de la jurisprudence fédérale pour fonder une décision. Il sied de rappeler que selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux au dossier sur lesquels les médecins du SMR doivent se fonder (ATF 139

V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du TF 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. n° 2920). Au vu de ce qui précède, le SMR, soit pour lui le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, qui n'a pas examiné le recourant, ne pouvait valablement pas se fonder sur les rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA pour rendre son rapport médical du 22 septembre 2014 et fixer une capacité de travail entière dès le 25 janvier 2011 (AI pce 98).

## 11.

Il convient encore d'examiner si les autres rapports médicaux versés à la procédure établissent, conformément à la jurisprudence en la matière, l'état de santé du recourant et son influence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, il sied de relever que, dans son recours du 18 décembre 2014, l'intéressé allègue que son état de santé s'est aggravé (justifiant à son avis une nouvelle instruction de son dossier ; TAF pce 1).

**11.1** Dans son rapport du 14 novembre 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ constate des discopathies multiples associées à un signe Modic 2 en L4-L5 et L5-S1 en se référant à l'IRM du 3 novembre 2014. Concernant l'examen clinique, dit médecin ne note pas de déficit sensitivo-moteur au niveau des membres inférieurs. Il explique qu'une chirurgie n'est pas une « solution idéale » et recommande de poursuivre le traitement conservateur (AI pce 101 p. 2). Ce rapport médical est trop succinct pour fonder une quelconque décision (pas de limitations fonctionnelles, pas d'évaluation de la capacité de travail, pas d'appréciation et de conclusions motivées).

**11.2** Le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, a quant à lui rédigé des rapports médicaux les 16 décembre 2013, 14 février et 24 novembre 2014 (AI pces 82 p. 2, 87 p.2-3, 101 p. 3-4). Le Dr F.\_\_\_\_\_ explique le 16 décembre 2013 que le poste de travail « réparation ski-vélo » n'est pas adapté au handicap de l'intéressé, dès lors qu'il ne peut pas s'asseoir, est debout en continu, est susceptible de porter des charges de l'ordre de 10 à 20 kg de façon répétée et présente à nouveau des lombalgies basses et une raideur rachidienne segmentaire (AI pce 82 p. 2). Dès lors que le Dr F.\_\_\_\_\_ recommande expressément que la situation de son patient soit à nouveau évaluée avec l'Office de l'assurance-invalidité, dit rapport médical du 16 décembre 2013 n'est pas exhaustif et ne permet pas de porter un jugement valable sur la capacité de travail de l'intéressé. Par ailleurs, dans les rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ des 14 février et 24 novembre 2014, posant le même diagnostic qu'auparavant (lombalgies chroniques ;

Al pce 87 p. 3) et mettant en exergue une dyslexie-dysorthographe mixte sévère, ce médecin explique qu'il est « impératif que l'organisme Suisse statue sur les capacités de travail » de son patient (Al pce 87 p. 3). Force est de constater que le Dr F.\_\_\_\_\_ ne se prononce ainsi pas sur la capacité de travail de l'intéressé. Partant, les rapports médicaux du Dr F.\_\_\_\_\_ ne permettent pas au Tribunal de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

**11.3** Dans sa réplique du 2 mai 2015 (timbre postal), le recourant a déposé de nouvelles pièces médicales, à savoir les rapports médicaux du Dr F.\_\_\_\_\_ du 20 avril 2015 et du Dr T.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2015 (TAF pce 12). Il sied de rappeler que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Le rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ n'avance aucun nouvel élément pertinent par rapport à ses précédents rapports médicaux et se limite à ne constater aucune évolution notable (TAF pce 12). Par conséquent, non seulement ce rapport médical est insuffisamment étayé pour avoir une valeur probante suffisante, mais de plus il ne permet pas de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail du recourant avant la décision litigieuse. Concernant le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2015, celui-ci explique que sur le plan objectif il ne trouve pas grand-chose. Sur le plan radiologique, il fait état des deux derniers disques L4-L5 et L5-S1 complètement effondrés avec des images de sclérose des plateaux vertébraux de type Modic II avec des petites protrusions mais sans compression radiculaire et que les discopathies sont des discopathies séquellaires qui datent depuis plusieurs années. Enfin, il ne recommande aucune chirurgie et conclut à une orientation « à tout prix » (TAF pce 12). Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ ne permet également pas de porter un jugement (état de santé et capacité de travail) sur le droit litigieux avant la décision de l'OAIE du 9 décembre 2014.

**11.4** Lors de la procédure par-devant le Tribunal administratif fédéral, a été versé au dossier le formulaire E213 du Dr U.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2016, rapport médical postérieur à la décision litigieuse (TAF pce 17). Dit rapport pose comme diagnostic une lombalgie basse (M54.5) et une dyslexie et

autres troubles de la fonction symbolique (R48 ; TAF pce 17 p. 10). Dans ce cadre, « l'invalidité » est considérée comme partielle à hauteur de 15% et une amélioration est possible au moyen d'une prise en charge orthophonique (TAF pce 17 p. 12). Ce rapport médical n'est pas en mesure de renseigner le Tribunal de céans, dès lors que tous les points litigieux n'ont pas fait l'objet d'une étude suffisamment circonstanciée et ne permettent pas de mieux comprendre les faits survenus antérieurement à la décision litigieuse (situation de santé et capacité de travail).

**11.5** Au vu de ce qui précède, l'ensemble des pièces de nature médicale au dossier ne remplit pas en l'état les exigences posées par le Tribunal fédéral en la matière (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). En effet, aucun rapport médical n'évalue notamment la capacité de travail de manière circonstanciée. Le Tribunal de céans ne peut donc pas porter un jugement valable sur le droit litigieux, dès lors que les documents à disposition n'ont pas une valeur probante suffisante. Dans cette constellation, une instruction complémentaire doit être entreprise (arrêt du TF 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

## **12.**

Il sied encore de relever que, à la lecture du dossier, le recourant souffre en outre d'une déficience de la lecture (AI pces 43 p. 8-24, 83, 87 ; annexes TAF pces 12 et 17). Selon le rapport (non daté et reçu le 28 janvier 2014 par l'OAI-BS) de P.\_\_\_\_\_, orthophoniste, le recourant souffre d'une sévère dyslexie-dysorthographe mixte certainement secondaire à un trouble initial du langage oral prédominant sur la phonologie et un probable déficit auditif (otites sérieuses) dans la petite enfance (AI pce 83 p. 5). Le Tribunal de céans souligne qu'une telle déficience ne constitue pas en tant que telle une atteinte à la santé ayant pour conséquence une incapacité permanente de travail au sens de la LAI. En effet, le recourant a déjà travaillé pendant quelque vingt ans en tant que monteur électricien malgré cette dyslexie, de sorte que celle-ci ne l'empêche pas de travailler (cf. AI pce 22). Selon le Tribunal fédéral, les leçons d'orthophonie destinées à traiter une dyslexie, seul trouble présent chez un assuré majeur, ne peuvent être pris en charge ni par l'intermédiaire des mesures d'ordre professionnel (p.ex. art. 17 LAI) ni par des mesures médicales de réadaptation (cf. art. 12 LAI ; ATF 99 V 34 consid. 2 et 3). Ainsi, contrairement à ce qu'allègue notamment le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 février 2014 (à savoir qu'une dyslexie peut être une atteinte invalidante et justifiée une réadaptation neuropsychologique ainsi qu'un aménagement d'un futur poste de travail ; AI pce 87), une dyslexie ne constitue pas à elle seule une atteinte invalidante au

sens de la LAI permettant de bénéficier de mesures d'ordre professionnelles et/ou de droit à une rente. Partant, la déficience de lecture dont souffre l'intéressé ne justifie pas en tant que telle une incapacité de travail aboutissant à des mesures médicales de réadaptation, de mesures d'ordre professionnel et/ou au droit à une rente d'invalidité. Est réservé toutefois l'éventuelle prise en compte de la dyslexie dans le choix des mesures d'ordre professionnel adéquates, dès lors que de telles mesures se justifient en raison d'autres atteintes invalidantes à la santé.

### **13.**

**13.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 9 décembre 2014 doit être annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaire en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/ 2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la question liée notamment à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'a été nullement instruite à satisfaction par l'autorité inférieure.

**13.2** Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010 (en tenant compte des indemnités journalières versées lors des mesures de réadaptation du 14 juin 2011 au 24 janvier 2014), l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé ainsi que de sa capacité de travail. Pour se faire, elle sollicitera une expertise rhumatologique et neurologique, qui devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (notamment

d'agent technicien vendeur spécialisé en matériels de sports). Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

#### **14.**

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

**14.2** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 400.- (cf. TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase). En l'espèce, le Tribunal constate que le recourant est représenté par un organisme étranger de soutien aux assurés qui n'a pas effectué d'importantes écritures. En effet, l'acte de recours se constituait d'un courrier d'une seule et unique page contenant en tout et pour tout 5 phrases (motivation, conclusion, renvoi à des documents joints déjà produits devant l'autorité inférieure et salutations ; TAF pce 1). Concernant le mémoire de réplique, le représentant s'est borné à renvoyer sans autre commentaire à des rapports médicaux qu'il transmettait au Tribunal (TAF pce 12). Il ressort encore du dossier de recours un courrier du 26 février 2015 du représentant qui limitait à adresser, à la demande du Tribunal, la totalité d'un rapport médical, dès lors que celui-ci l'avait produit de manière incomplète au moment du recours (TAF pce 6). Au vu de ce qui précède, il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de Fr. 300.- à charge de l'autorité inférieure.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis et la décision du 9 décembre 2014 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Un montant de Fr. 300.-, à titre de dépens, est versé au Aa. \_\_\_\_\_ à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec accusé de réception ; annexe : formulaire d'adresse de paiement) ;
- 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 :

Caroline Bissegger

Daphné Roulin

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :