



Arrêt du 1^{er} février 2022

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Jean-Luc Bettin, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représenté par le Comité de Protection des Travailleurs
Frontaliers Européens,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ;
octroi d'un quart de rente (décision du 20 avril 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), ressortissant français né le (...) 1972, a travaillé pour le compte de l'entreprise B._____AG, à (...), en qualité d'employé de production (de 2002 à 2011), d'ouvrier spécialisé (de 2012 à 2015) et d'employé de bureau (à compter de janvier 2016) et a de ce fait cotisé à l'assurance-invalidité suisse (pce AI 27, p. 3). Les relations contractuelles l'unissant à la société B._____AG se sont achevées à la fin du mois d'avril 2017 (pce AI 46, p. 1).

L'assuré est célibataire et père de deux enfants, nées en 1997 et 1998 (pces AI 1, p. 3, et 27, p. 3). Il n'est titulaire d'aucun diplôme professionnel ; il avait néanmoins entamé deux apprentissages, l'un de cuisinier (de septembre 1986 à juillet 1988) et le second d'électricien (de mai 1989 à juin 1991), sans toutefois parvenir à les achever (pces AI 1, p. 5, 6, p. 3 et 4, et 27, p. 4).

B.

Le 23 février 2016 (date de réception de la demande par l'autorité administrative), A._____, souffrant d'une spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en août 2015, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (pces AI 1 et 6, p. 6, et 9, p. 2 ss).

C.

Procédant à l'instruction de la cause, l'Office AI du canton C._____, suivant la recommandation du Dr D._____, médecin SMR, datée du 23 juin 2017 (pce AI 46), a notamment diligenté, en juin 2017, une expertise bi-disciplinaire – rhumatologie et psychiatrie – confiée aux Drs E._____, psychiatre et psychothérapeute, et F._____, rhumatologue (cf. courriers d'information à l'assuré des 26 et 27 juin 2017 ; pces AI 49 et 50). Ladite expertise a été effectuée les 13 octobre 2017 (volet rhumatologique) et 3 novembre 2017 (volet psychiatrique) ; un consensus bi-disciplinaire a été établi le 6 novembre 2017, date à laquelle les deux experts ont rendu leur rapport (pce AI 62). L'expertise a abouti à la conclusion que A._____ disposait d'une capacité résiduelle de travail, dans une activité adaptée, de 70 % depuis le 21 septembre 2015 sur le plan somatique et de 50 % sur le plan psychiatrique à compter du 1^{er} août 2016.

D.

D.a Le 5 février 2018, l'Office AI du canton C._____, prenant appui sur la prise de position du médecin SMR datée du 9 novembre 2017 (pce AI 64), a adressé à A._____ un projet de décision, admettant partiellement sa demande de prestations du 23 février 2016. Elle a fixé à 48 % le taux d'invalidité de l'intéressé et projeté de lui octroyer conséquemment un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2016 (pce AI 69).

D.b Invité à s'exprimer, l'intéressé ne s'est pas déterminé sur ce projet de décision.

E.

Par décision du 20 avril 2018, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou l'autorité inférieure), reprenant le contenu du projet de décision préparé par l'Office AI du canton C._____ (ci-dessus, let. D.a), a reconnu à A._____ le droit à bénéficier d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2016, confirmant ainsi le projet de décision de l'OAI du canton C._____ (pce AI 74).

F.

A l'encontre de cette décision, par mémoire daté du 26 mai 2018 (date du sceau postal ; annexe pce TAF 1), A._____, agissant par l'entremise du Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, interjette recours. Il y conteste la rente mensuelle accordée, d'un montant de 289 francs, qui « *n'est pas suffisant(e) pour pouvoir vivre décemment* » et exprime son souhait de pouvoir « *bénéficier de mesures de reclassement professionnel* » (pce TAF 1).

G.

G.a Par décision incidente du 12 juin 2018, le Tribunal administratif fédéral (ci-après aussi : le Tribunal) a invité le recourant à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de la procédure de 800 francs (pce TAF 2).

G.b Le 22 juin 2018, soit dans le délai imparti, A._____ a payé le montant requis (pce TAF 4).

H.

Invitée par ordonnance du Tribunal du 3 juillet 2018 (pce TAF 5) à prendre position sur le recours, l'autorité inférieure a déposé une réponse en date du 3 septembre 2018, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (pce TAF 7).

Y était jointe la détermination circonstanciée de l'Office AI du canton C._____, datée du 27 août 2018 (annexe pce TAF 7).

I.

I.a Par ordonnance du 18 septembre 2018, le Tribunal a transmis au recourant un double de la réponse de l'autorité inférieure et de son annexe, et l'a invité à répliquer (pce TAF 8).

I.b Par lettre du 8 octobre 2018, A._____ a indiqué avoir retrouvé un emploi et ne plus solliciter de reclassement de la part de l'assurance-invalidité (pce TAF 10).

I.c Interpellé par courrier du Tribunal du 16 octobre 2018 (pce TAF 11) sur les suites qu'il convenait de donner à la lettre du 8 octobre 2018, le recourant a exposé, le 23 octobre 2018, maintenir son recours et souhaiter « *un reclassement de l'AI* » (pce TAF 13).

I.d En date du 28 novembre 2018, l'OAIE a versé une prise de position complémentaire de l'Office AI du canton C._____, soulignant que le recourant n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel au sens de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) et concluant conséquemment au rejet du recours (pce TAF 15 et annexe).

I.e Par courrier du 11 janvier 2019, A._____ a précisé, d'une part, ne pas avoir travaillé en France en 2018, mais en Suisse pour le compte d'une agence intérimaire, du 19 juillet 2018 au 16 novembre 2018, et, d'autre part, être à nouveau sans emploi (pce TAF 18).

J.

En tant que besoin, les autres faits pertinents seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous.

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI, des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'autorité inférieure au sens de l'art. 5 PA. La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF, sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1] ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable sous réserve de ce qui suit (cf. ci-dessous, consid. 2).

2.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante. L'objet de la contestation (« *Anfechtungsgegenstand* ») et l'objet du litige (« *Streitgegenstand* ») sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_53/2017 du 21 juillet 2017 consid. 5.1). L'objet du litige peut donc être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche s'étendre au-delà de celui-ci (ATF 136 II 457 consid. 4.2, 136 II 165 consid. 5).

2.2 En l'occurrence, le litige porte sur la décision du 20 avril 2018 aux termes de laquelle l'OAIE a accordé un quart de rente à A. _____ à compter du 1^{er} septembre 2016. Dans son mémoire du 25 mai 2018 ainsi que dans ses écritures des 23 octobre 2018 et 11 janvier 2019 (pces TAF 1, 13 et 18), le recourant sollicite implicitement l'annulation de la décision précitée, estimant avoir droit à une rente supérieure à celle qui lui a été accordée ; il requiert en outre être mis au bénéfice de mesures de reclassement professionnel.

2.3 Le Tribunal considère que cette dernière requête, tendant à l'octroi de mesures et sur laquelle l'autorité inférieure n'a pas eu l'occasion de se prononcer, excède l'objet du litige. Aussi, le chef de conclusion portant sur l'octroi de mesures de reclassement professionnel est irrecevable (cf. également ci-dessous, consid. 12).

3.

3.1 Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

3.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (P. MOOR / E. POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral

C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France et ayant travaillé en Suisse de 2002 à 2016 (ci-dessus, let. A).

4.1 La cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} 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 1^{er} 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). 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. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.2 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité – ce qui n'apparaît pas à l'analyse du dossier être le cas en l'espèce – ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente

de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V précité, *ibid.*).

4.3 Attendu que le recourant est domicilié dans le département du Haut-Rhin, en France voisine, et que l'atteinte à la santé à la base de la requête de prestations d'invalidité est survenue alors qu'il exerçait une activité lucrative en Suisse, dans le canton C. _____, en tant que frontalier, A. _____ doit être qualifié comme tel. C'est dès lors à raison que la procédure d'instruction de la rente d'invalidité sollicitée a été menée par l'autorité compétente du canton C. _____, l'Office AI du canton C. _____, et la décision querellée notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

5.

L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente 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.

En l'espèce, le recourant a déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 23 février 2016 (ci-dessus, let. B), si bien que le Tribunal peut se limiter à examiner s'il avait droit à une rente à partir du 1^{er} août 2016 (soit six mois après le dépôt de la demande ; art. 29 LPGA et 29 al. 2 LAI) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 20 avril 2018, date de la décision entreprise marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1, 129 V 1 consid. 1.2).

6.

6.1 Le droit matériel applicable est celui 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 (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2 et 129 V 1 consid. 1.2). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

6.2 Le tribunal des assurances sociales 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. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis postérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours.

6.3 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, 130 V 445 consid. 1.2).

7.

7.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390).

7.2 *In casu*, il ressort de l'extrait du compte individuel du recourant que celui-ci compte un total de cent-soixante-sept (167) mois de cotisations à l'AVS/AI entre 2002 et 2016 (pce AI 8, p. 2 à 4), de sorte qu'il remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations.

Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de l'AI.

8.

8.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

8.2 L'invalidité au sens de la LPGGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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).

8.3 Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

8.4 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 1^{ère} phrase LPGGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, 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 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^{ème} phrase LPGGA).

8.5 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement

d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées).

8.6 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

8.6.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

8.6.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié *in* : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5, 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 57 LAI n°s 48 et 49).

8.6.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 57 LAI n°s 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

8.6.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment

pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

9.

L'instruction médicale de la présente cause a notamment porté au dossier la documentation suivante, aussi bien en procédure de première instance qu'en procédure de recours :

- le courrier, daté du 8 janvier 2016, adressé par le Dr G._____, rhumatologue à (...), au Dr H._____, rappelant que l'assuré avait subi un accident en 1991 lui ayant occasionné des fractures du fémur droit et gauche, de la jambe gauche et de l'épaule droite et mettant en exergue les douleurs lombo-sacrées et fessières plutôt du côté droit dont il souffre depuis 2014, avec une réponse thérapeutique partielle (pce AI 10, p. 4) ;
- le rapport manuscrit du Dr H._____, médecin généraliste, daté du 14 mars 2016, faisant état d'une spondylarthrite ankylosante, d'une algie vasculaire et d'une persistance d'un fond dépressif (pce AI 9) ;
- le rapport médical du Dr G._____, daté du 14 mars 2016, faisant notamment état d'une spondylarthrite ankylosante existante depuis 2014, le traitement ambulatoire en cours ainsi que l'impact de ce diagnostic sur la capacité de travail de l'assuré (pce AI 10, p. 2) ;

- l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr I._____, rhumatologue à (...), datée du 23 mars 2016, posant notamment les diagnostics de lombosciatique associée au facteur génétique HLA B27 avec une inflammation de l'articulation sacro-iliaque, de rhumatisme des parties molles (fibromyalgie généralisée) et de syndrome cervico-vertébral non spécifique (pce AI 15) ;
- le rapport psychiatrique du Dr J._____, psychiatre et psychothérapeute à (...), daté du 9 août 2016, faisant état d'un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen (F32.1) associé à des troubles de l'adaptation (F43.2) et d'un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de tabac (F17.1) (pce AI 28, p. 3) ;
- le rapport médical du Dr K._____, psychiatre à (...), daté du 21 novembre 2016, relevant l'existence de troubles dépressifs évoluant depuis juillet 2016 dans un contexte de difficultés professionnelles, après la découverte d'une spondylarthrite ankylosante handicapant A._____ dans la poursuite de son travail, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de spondylarthrite ankylosante (M45) et précisant la composition du traitement médicamenteux à base de psychotropes prescrit depuis le 1^{er} septembre 2016 (pce AI 35, p. 5) ;
- le second rapport psychiatrique du Dr J._____, daté du 28 novembre 2016, faisant état d'une légère amélioration de la situation depuis septembre 2016 suite à l'intervention du psychiatre traitant, le Dr K._____ ; le Dr J._____ a repris le diagnostic posé précédemment en y ajoutant, sans que cela ait une incidence sur la capacité de travail, une accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1) (pce AI 35, p. 2) ;
- le rapport médical du Dr K._____, daté du 7 février 2017, confirmant le diagnostic posé en novembre 2016, précisant que l'évolution de l'état de santé de A._____ dépendait de celle de la spondylarthrite ankylosante et mettant en exergue les symptômes actuels, à savoir notamment de la tristesse, des angoisses massives paroxystiques, une irritabilité, des cogitations anxieuses avec idées noires et velléités suicidaires et des troubles du sommeil (pce AI 41) ;

- l'avis médical manuscrit du Dr H._____, médecin généraliste, daté du 28 mars 2017, relevant que A._____ est dans l'incapacité d'exercer sa profession en raison d'une spondylarthrite ankylosante ainsi que de syndromes dépressifs (pce AI 44, p. 3) ;
- l'écrit du Dr K._____, daté du 6 avril 2017, actualisant la médication prescrite à l'assuré en réponse à la symptomatologie dépressive et précisant au surplus que l'état de santé de l'intéressé n'était pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle (pce AI 44, p. 2) ;
- le rapport du Dr Roland D._____, médecin SMR, daté du 23 juin 2017, recommandé que soit diligentée une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) sur la personne de A._____ (pce AI 46) ;
- le rapport du Pôle de psychiatrie et Santé mentale de l'Hôpital L._____ (Drs M._____, N._____, O._____) daté du 28 septembre 2017, faisant suite à l'hospitalisation de A._____ dans cet établissement du 10 septembre au 21 septembre 2017 ; à son admission, l'assuré, donnant son accord à son hospitalisation, s'est présenté calme, bien orienté dans le temps comme dans l'espace, évoquant un sentiment d'injustice et de lassitude par rapport à sa situation, sans toutefois faire mention d'idées suicidaires ; résumant l'évolution de l'état de santé du patient, les praticiens ont relevé que le tableau clinique était dominé par une asthénie et une douleur diffuse liée probablement à la spondylarthrite ankylosante, ont indiqué avoir diminué la médication en raison d'un ralentissement moteur et une fatigue diurne et ont souligné une évolution favorable, la symptomatologie dépressive s'étant améliorée durant le séjour (pce AI 79, p. 7) ;
- le rapport du Dr K._____, daté du 4 octobre 2017, indiquant que A._____ souffre toujours de symptômes dépressifs résiduels avec une persistance d'angoisses paroxystiques, une impulsivité et une irritabilité (pce AI 65, p. 2) ;
- l'expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) réalisée les 13 octobre 2017 et 3 novembre 2017 par les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ayant fait l'objet d'un consensus bi-disciplinaire, le 6 novembre 2017 (pce AI 62) ;

- le rapport du Dr Roland D._____, médecin SMR, daté du 9 novembre 2017, retenant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle à compter du 21 septembre 2015 et une capacité de travail dans une activité adaptée de 70 % (sous l'angle somatique) à compter du 21 septembre 2015 et de 50 % (sous l'angle psychique) à compter du 1^{er} août 2016, précisant que, par activité adaptée, il convenait d'entendre une activité légère à moyenne qui soit adaptée à la pathologie dorsale avec alternance des positions ; s'exprimant sur l'expertise bi-disciplinaire, le Dr D._____ l'a considérée comme complète, rendue en pleine connaissance du dossier et reposant sur des investigations complètes ; il a été tenu compte des plaintes de l'assuré ainsi que des avis médicaux des médecins traitants ; le volet psychiatrique énumère et examine les indicateurs standards posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral ; enfin, le médecin SMR a précisé qu'il appartenait à l'administration d'apprécier et de décider si l'incapacité de travail de 50 % due au diagnostic d'épisode dépressif modéré est invalidante, sachant que ce dernier n'est pas chronique et que toutes les mesures thérapeutiques n'ont pas été épuisées (pce AI 64) ;
- le certificat médical de la Dresse P._____, intervenant en remplacement du Dr G._____, daté du 22 novembre 2017, indiquant que A._____ bénéficie toujours de consultations régulières en rhumatologie dans le cadre du suivi que la spondylarthrite axiale requiert (pce AI 70, p. 5).

10.

10.1 La décision querellée repose principalement sur l'expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) réalisée par les Drs F._____ et E._____ les 13 octobre 2017 (volet rhumatologique) et 3 novembre 2017 (volet psychiatrique) et dont les conclusions ont fait l'objet d'un consensus bi-disciplinaire, le 6 novembre 2017. Dite expertise ayant une importance prépondérante sur le sort de la présente cause, il convient d'en examiner la valeur probante, étant d'emblée précisé que, dans ses écritures, le recourant n'a formulé aucune remarque ou objection concrète à son endroit.

10.2

10.2.1 Chargée du *volet rhumatologique*, la Dresse F._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a posé comme diagnostic avec incidence sur le profil rhumatologique de l'assuré un syndrome de douleur

lombaire chronique avec raideur matinale prononcée, une possible spondylarthrite non radiographique ainsi qu'une scoliose convexe droite, une ostéochondrose de la colonne vertébrale 4/5 avec protrusion discale, une discrète spondylose ventrale et, comme diagnostic sans incidence sur le profil rhumatologique de l'assuré, un syndrome cervical intermittent, de douleurs intermittentes du genou droit sans étiologie claire, d'une mauvaise taille de la tête fémorale des deux côtés, sans signe de conflit fémoro-articulaire. Sur cette base, l'experte rhumatologue a considéré que, malgré les modifications dégénératives et la malformation du squelette axial ainsi que la spondylarthrite, l'assuré pouvait néanmoins, d'un point de vue rhumatologique, exercer une activité intermittente légère à moyenne dans la mesure où elle est notamment adaptée à son dos. En raison des douleurs, l'intéressé a besoin de pauses fréquentes, ce qui entraîne une réduction de rendement de 30 % ; ces restrictions sont en vigueur depuis le mois d'août 2015. Le travail exercé jusqu'alors pour le compte de la société B. _____ AG n'étant pas adapté aux restrictions évoquées précédemment, il n'est par conséquent pas exigible. Par contre, la Dresse F. _____ a considéré que, sous l'angle rhumatologique, A. _____ conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Enfin, la praticienne a tenu à préciser qu'il était difficile de faire un pronostic précis quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré. En effet, en supposant que ce dernier présente une forme légère de spondylarthrite, l'experte a estimé qu'il ne fallait pas s'attendre à une raideur de l'ensemble du squelette axial et des articulations de la hanche (pce AI 62, p.18 à 30).

10.2.2 Chargé du volet *psychiatrique*, le Dr E. _____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué chez A. _____ un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.1), ayant une incidence sur sa capacité de travail. Eu égard à la réduction de sa motivation et des intérêts que l'épisode dépressif engendre, à sa fatigabilité accrue, à une anhédonie et à des ruminations, l'assuré se trouve, sous l'angle psychiatrique, en incapacité de travail à 50 % dans toutes les activités et ce, à compter du mois d'août 2016. L'expert motive cette réduction de la capacité de travail par la nette diminution de l'application des compétences professionnelles, de la capacité à persévérer, à s'affirmer, à entrer en contact avec des tiers, à travailler en groupe, ainsi que par la diminution de ses relations familiales et de sa capacité à se déplacer (pce AI 62, p. 31 à 45).

10.3

10.3.1 A l'instar de l'autorité inférieure, le Tribunal est d'avis qu'il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions des experts, les Drs F. _____ (rhumatologie) et E. _____ (psychiatrie), lesquels ont, dans le cadre d'une expertise bi-disciplinaire, examiné A. _____ les 13 octobre 2017 (volet rhumatologique) et 3 novembre 2017 (volet psychiatrique). Aux termes de la synthèse pluridisciplinaire (« *Konsensbesprechung* »), effectuée le 6 novembre 2017 (pce AI 62, p. 45 s.), les experts, s'appuyant sur les diagnostics posés dans chacune des deux spécialités (ci-dessus, consid. 10.2.1 et 10.2.2), ont fixé à 30 % la réduction du rendement de l'assuré sous l'angle rhumatologique dès le mois d'août 2015 et à 50 % l'incapacité de travail sous l'angle psychiatrique depuis le mois d'août 2016. Ils ont en outre convenu que l'appréciation de la capacité de travail sous l'angle psychiatrique était déterminante pour l'évaluation du taux d'activité dans une activité adaptée (pce AI 62, p. 46 « *Im Rahmen der Konsensbesprechung* »).

10.3.2 Il appert que l'expertise pluridisciplinaire a été réalisée par des spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie. Ces praticiens disposaient de la formation et des connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé du recourant. Les deux volets du rapport ont été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, l'assuré ayant été examiné et entendu par les deux spécialistes les 13 octobre 2017 et 3 novembre 2017. L'expertise satisfait de surcroît aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où elle tient compte de l'intégralité des éléments du dossier mis à disposition des experts par l'OAIE et a donc été établie en pleine connaissance de l'anamnèse (à ce propos, cf. pce AI 62, p. 4 à 17), constituée principalement des avis et rapports médicaux des praticiens suisses et français ayant pris en charge l'assuré, des certificats médicaux reconnaissant une incapacité de travail et des examens paracliniques réalisés (cf. notamment pce AI 62, p. 22 s. [volet rhumatologique] p. 35 et 36 [volet psychiatrique]). L'expertise comprend en outre les appréciations détaillées des deux spécialistes ainsi que leurs diagnostics argumentés et une appréciation circonstanciée du cas (ci-dessus, consid. 9.2.1 et 9.2.2). Il a été tenu compte des plaintes de l'assuré. Finalement, les experts ont répondu aux questions de l'autorité d'instruction en déterminant notamment la capacité résiduelle de travail de l'assuré et en exposant comment celle-ci a été déterminée.

10.3.3 S'agissant plus spécifiquement du volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire (pce AI 62, p. 31 à 45 ; cf. également ci-dessus, consid. 10.2.2), rédigé par le Dr E._____, psychiatrique et psychothérapeute, il y a lieu d'examiner s'il respecte la jurisprudence spécifique relative à cette spécialité.

10.3.3.1 Se fondant sur le dossier médical et une consultation en présence de l'assuré, le 3 novembre 2017, le Dr E._____ a diagnostiqué, se basant notamment sur l'échelle de dépression d'Hamilton, un épisode dépressif moyen (F32.1) ayant une incidence sur la capacité de travail de l'expertisé.

10.3.3.2 La jurisprudence du Tribunal fédéral enseigne qu'en psychiatrie, le diagnostic doit être posé par un spécialiste en ce domaine et se fonder sur un système de classification scientifiquement reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou de troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; voir, également, ATF 143 V 418 consid. 6).

Par souci d'exhaustivité, il y a lieu de rappeler que le Tribunal fédéral a classé les indicateurs déterminants dans deux catégories principales avant d'établir une énumération des facteurs à analyser (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

b. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

10.3.3.3 En l'occurrence, c'est au terme d'une analyse prenant en compte les indicateurs déterminants ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral que, sous l'angle psychiatrique, A. _____ souffrait d'un épisode dépressif moyen entraînant une incapacité de travail de 50 %.

A ce propos, il y a tout particulièrement lieu de mettre en exergue les pages 38 à 44 de l'expertise bi-disciplinaire dans lesquels sont abordés, conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 141 V 281), les dommages à la santé mentale de l'assuré (« I. *Gesundheitsschaden* » [pce AI 62, p. 38] en rapport avec ATF 141 précité, consid. 4.3.1), le contexte social dans lequel il vit (« II. *Sozialer Kontext* » [pce AI 62, p. 40] en rapport avec ATF 141 précité, consid. 4.3.3), prenant en compte la personnalité, les aspects comportementaux et les ressources de A. _____, le diagnostic posé (« III. *Diagnosen* » ; ATF 141 précité, consid. 4.3.1), ainsi que la cohérence du récit de l'intéressé (« V. *Konsistenz* » ; ATF 141 précité, consid. 4.4). Ainsi, dans ce cadre, le Dr E. _____ a mis en exergue les symptômes dépressifs ayant été objectivés lors de l'examen, excluant tout trouble de la personnalité. Revenant en détail sur le contexte social dans lequel se trouve A. _____, l'expert a notamment relevé que le prénommé vivait en ménage avec sa compagne et leurs deux filles et a mis en exergue la persistance de contacts fréquents avec sa sœur, moins fréquents avec son frère, la diminution de ses relations amicales et des activités sportives et culturelles durant les douze mois précédant l'expertise. Au surplus, le Dr E. _____, sans nier les efforts de coopération faits par l'expertisé aussi bien dans le cadre des traitements que dans la réadaptation et la réinsertion, a constaté que les traitements mis en œuvre jusqu'à la date de l'expertise se sont révélés inefficaces, estimant nécessaire de prescrire un médicament stimulant le matin en combinaison avec un traitement antidépresseur favorisant le sommeil le soir. Enfin, l'expert psychiatre a souligné que lors de l'examen, les informations fournies par l'assuré étaient cohérentes et que ce dernier s'est comporté de manière appropriée à la situation. Il a été tenu compte de ces constatations dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail (ci-dessus, consid. 10.2.2 dernière phrase).

10.4 Au regard de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'expertise bi-disciplinaire réalisée par les Drs F. _____ et E. _____. Il n'existe en effet aucun indice concret – et le recourant n'en soulève aucun dans ses écritures – permettant au Tribunal de douter du bien-fondé des conclusions auxquelles elle aboutit, tant sur le plan somatique que psychique. Lesdites conclusions ont de surcroît fait l'objet d'un consensus entre les deux praticiens, conformément aux prescriptions jurisprudentielles (ATF 137 I 327 consid. 7.3), précision étant au surplus faite que les avis médicaux divergents ont été abordés et discutés.

11.

Il reste à analyser le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAIE et déterminer si le pourcentage de la diminution de la capacité de gain retenue – 48 % – est conforme au droit.

11.1

11.1.1 Aussi bien lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique / méthode extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif (art. 28a LAI). Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse bien que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1, 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées). Il convient également de tenir compte de la volonté hypothétique de la personne assurée, volonté qui, comme fait interne, ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs, établis là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêts du Tribunal fédéral 9C_883/2017 du 28 février

2018 consid. 4.1.2 et les références citées et 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3).

11.1.2 Dans le cas d'espèce, il peut être retenu le statut d'une personne exerçant une activité lucrative. En effet, il appert, au degré de la vraisemblance prépondérante, que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, le recourant aurait poursuivi, à plein temps, son activité au service de la société B._____ AG, à (...), en qualité d'ouvrier spécialisé (ci-dessus, let. A). Aucun élément ressortant du dossier ne permet d'affirmer le contraire.

11.2 Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (*revenu sans invalidité*) est comparé avec 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 alors le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

11.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne assurée résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b).

En l'espèce, compte tenu de la réception en date du 23 février 2016 de la demande de prestations d'invalidité déposée par le recourant, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est le mois d'août 2016 (ci-dessus, consid. 5). Le droit à la rente prend en effet naissance au plus tôt à l'échéance de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI) en tenant également compte du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

11.4

11.4.1

11.4.1.1 Le revenu *sans invalidité* doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 134 V 322 consid. 4.1).

11.4.1.2 Lorsque la personne assurée a réalisé un revenu *sans invalidité* nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple, en raison d'un manque de formation ou de connaissances linguistiques, de possibilités de travail limitées en raison d'un statut de saisonnier) et que l'on peut considérer qu'il désirait ne pas s'en contenter, il convient d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer (ATF 135 V 58 consid. 3.1). Doit être considéré comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence un salaire effectivement réalisé inférieur d'au moins 5 % par rapport au salaire statistique usuel de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2), le parallélisme ne pouvant porter que sur la part excédant le taux déterminant de 5 % (ATF 135 V précité, consid. 6.1.3). Le parallélisme s'effectue soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1).

11.4.2 Le *revenu d'invalidité* doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être

évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références citées, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « *Total secteur privé* » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa ; ATF 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne assurée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne assurée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer – jusqu'à nouvel ordre – au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

11.4.3 Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25 % du salaire statistique

(ATF 142 V 178 consid. 1.3, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b, 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

11.5 En l'espèce, dans sa décision du 20 avril 2018, l'OAIE a détaillé le calcul par lequel il est parvenu à la conclusion que l'incapacité de gain – et par conséquent, le taux d'invalidité – de A. _____ s'élevait à 48 % (pce AI 74, p. 9).

11.5.1 S'agissant du *revenu sans invalidité*, l'autorité inférieure s'est référée aux données figurant au dossier pour le calculer. Ainsi, le salaire mensuel de l'assuré avant la survenance du sinistre s'élevait à 4'643 francs, versé 13 fois (pce AI 14, p. 3). L'OAIE a ensuite comparé le salaire annuel presté, soit 60'359 francs (13 x CHF 4'643.-), avec le salaire moyen de la branche d'activité de l'assuré. Constatant une différence de 11 % entre le salaire moyen de la branche et celui perçu, l'autorité inférieure, en application de la jurisprudence rappelée précédemment (ci-dessus, consid. 11.4.1.2), a reconnu à juste titre la nécessité d'effectuer un parallélisme, ce qui a entraîné une réduction de 5 % de la valeur statistique du *salaire d'invalidé*, ainsi qu'on le verra plus loin (ci-dessous, consid. 11.5.2).

11.5.2 Pour ce qui a trait au *salaire d'invalidé*, le Tribunal constate que l'autorité inférieure, en se référant à l'ESS 2010, n'a pas respecté la pratique récente du Tribunal fédéral exigeant que l'autorité se réfère aux données les plus récentes (ci-dessus, consid. 11.4.2). En effet, la décision datant du 20 avril 2018, c'est l'ESS 2014 qui constituait la référence la plus récente, étant précisé que l'ESS 2016 a été publié ultérieurement, en octobre 2018. Ainsi, l'OAIE aurait dû prendre comme référence le salaire figurant dans le tableau TA1, *tirage skill level* (secteur privé, homme, niveau de compétence 1), de l'ESS 2014, soit 5'312 francs. C'est le lieu de rappeler que le niveau de compétence 1 de l'ESS 2014 s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers ; pour ces assurés, le salaire statistique retenu est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il

recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). En tenant compte du treizième mois et d'une activité hebdomadaire de 41.7 heures, le salaire annuel de référence s'élève à 71'991 francs (le calcul est le suivant : $\text{CHF } 5'312 \times 13 = \text{CHF } 69'056.-$; $[\text{CHF } 69'056 \times 41.7] : 40 = \text{CHF } 71'990.90$). Le taux résiduel exigible de travail de A. _____ ayant été évalué à 50 % par les experts médicaux, le salaire de référence aurait dû être fixé à 34'196 francs après la prise en compte du parallélisme de 5 % (le calcul est le suivant : $\text{CHF } 71'991 : 2 = \text{CHF } 35'996.-$; $\text{CHF } 35'996 \times 0.95 = \text{CHF } 34'196$) et le taux d'invalidité à 43 % (le calcul est le suivant : $[\text{CHF } 60'359 - \text{CHF } 34'196] : \text{CHF } 60'359$). Cela étant, la différence ainsi constatée dans l'évaluation de l'invalidité de A. _____ ne remet nullement en cause la conclusion à laquelle l'autorité inférieure est parvenue, à savoir que ce dernier a droit à un quart de rente d'invalidité.

11.5.3 Au surplus, il y a lieu de revenir sur l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé, décidée par l'autorité inférieure. A ce propos, le Tribunal relève que A. _____, aussi bien dans son mémoire de recours que dans ses écritures subséquentes, n'a pas contesté cette décision ni opposé un quelconque motif qui justifierait de s'en écarter.

Au demeurant, il n'apparaît pas arbitraire d'avoir renoncé à un abattement dans le cas d'espèce. La question décisive pour déterminer l'opportunité de tenir compte d'un abattement dans le calcul du revenu d'invalidé est celle d'évaluer si les limitations fonctionnelles retenues constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, entraînant un désavantage salarial (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3). Tel n'est pas le cas en l'espèce, les limitations fonctionnelles retenues, à savoir une limitation à des activités légères à moyennement lourdes adaptées au dos et à des charges alternées (par ex. des activités de contrôle, de surveillance, de triage, ainsi que des tâches légères de nettoyage, de stockage ou de montage), n'entraînant pas de diminution des possibilités de A. _____, qui est âgé de 49 ans, de réaliser un gain se situant dans la moyenne. L'intéressé ne le prétend d'ailleurs pas.

Au final, l'on ne saurait faire grief à l'autorité inférieure, qui dispose à ce propos d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6), de n'avoir retenu aucun abattement du salaire d'invalidé.

12.

Par souci d'exhaustivité, le Tribunal tient à préciser, s'agissant du chef de conclusions par lequel le recourant sollicite être mis au bénéfice de mesures de reclassement, déclaré irrecevable précédemment (cf. ci-dessus, consid. 2), que l'application de la jurisprudence du Tribunal fédéral aurait de toute manière amené le Tribunal de céans à écarter cette requête si elle avait été recevable.

En effet, un travailleur frontalier ayant dû cesser son activité en Suisse pour des raisons de santé et ayant été mis au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité suisse – ce qui est confirmé par le présent arrêt –, ne peut par la suite prétendre à des mesures de réadaptation. Un tel droit ne peut être déduit ni du règlement n° 1408/71 ni de l'Annexe II à l'ALCP (ATF 132 V 244 consid. 6).

13.

Sur le vu de ce qui précède, le recours du 26 mai 2018 (date du sceau postal) est rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision querellée, datée du 20 avril 2018, est confirmée.

14.

14.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'était acquitté le 22 juin 2018 (pce TAF 4).

14.2 Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(le dispositif est porté à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais, d'un même montant, versée en cause le 22 juin 2018.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception)
- 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 :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Jean-Luc Bettin

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). 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 :