



Cour III
C-3926/2012

Arrêt du 23 décembre 2014

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Markus Metz et Maurizio Greppi, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 21 mai 2012).

Faits :**A.**

Le recourant A. _____, ressortissant polonais et français né le [...] 1950, travaille en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance de 1978 à 1987 comme ingénieur en agroalimentaire (pces 72 p. 2-10; 76; 151 p. 4). Ayant déménagé en France et ayant opéré une reconversion professionnelle en tant qu'informaticien (doc 153 p. 2), il cesse toute activité lucrative dès le 1^{er} août 2005 pour des raisons de santé consistant en des coxalgies, des lombalgies, des gonalgies et une périarthrite scapulo-humérale (cf. rapports médicaux des 1^{er} août 2005 [doc 33 p. 1] et 30 septembre 2005 [doc 26 p. 3 s.]). Par décision du 11 janvier 2007 entrée en force (doc 56), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) rejette la requête de prestations.

B.

En date du 20 janvier 2010 (doc 110 p. 7 n° 14), l'assuré dépose une deuxième demande de prestations AI que l'administration rejette par décision du 21 mai 2012 (doc 174) faisant suite à un projet de décision du 29 juin 2011 (doc 114). Elle s'appuie notamment sur les rapports d'expertise des Drs B. _____ du 20 janvier 2012 (doc 151) et du Dr C. _____ du 3 février 2012 (doc 155).

C.

C.a Par acte daté du 5 juin 2012 et envoyé à l'autorité inférieure (pce TAF 1), l'assuré fait part de son désaccord quant à la décision rendue, demande un réexamen de son cas et produit différents rapports médicaux. L'OAIE fait suivre cet envoi au Tribunal administratif fédéral pour compétence (courrier de transmission du 24 juillet 2012 [pce TAF 2]).

C.b Dans un courrier du 3 août 2012 (pce TAF 3), l'assuré fait parvenir au Tribunal de céans un mémoire complémentaire comportant plusieurs certificats médicaux en annexe. Faisant valoir ses affections, il souligne disposer de ressources financières très limitées.

D.

D.a Par ordonnance du 24 août 2012 (pce TAF 4), le Tribunal de céans invite l'assuré à remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" et à le lui retourner. Le recourant s'exécute par 3 courriers parvenus au Tribunal le 26 septembre 2012 (pces TAF 7-9) et un courrier supplémentaire du 25 octobre 2012 (pce TAF 12) parvenu au Tribunal le 31 octobre 2012.

D.b Dans une deuxième ordonnance également datée du 24 août 2012 (pce TAF 5), le Tribunal administratif fédéral invite l'autorité inférieure à déposer son préavis. Dans une prise de position du 29 novembre 2012 (pce TAF 14), celle-ci conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E.

Dans un mémoire complémentaire du 15 février 2013 auquel est annexé de la documentation médicale (pce TAF 15), le recourant fait valoir une dégradation de son état de santé.

F.

Invité à répliquer par ordonnance du 25 février 2013 (pce TAF 17), le recourant confirme ses conclusions antérieures dans un mémoire du 15 mars 2013 (pce TAF 19) auquel est annexé de la documentation médicale. Dans un écrit complémentaire du 20 juin 2013 (pce TAF 20), il donne des indications quant aux activités accomplies avant l'atteinte à la santé et produit de la documentation supplémentaire.

Droit :

1.

1.1 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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

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

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445). Ainsi, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent également application en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

2.2 Au niveau du droit international, 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) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. 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 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables in casu (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012; 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). 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. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71

— auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 — contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

2.3 En dérogation à l'art. 24 LPGA, 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 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. En l'occurrence, le recourant a déposé une deuxième demande de prestations AI le 20 janvier 2010 auprès de l'office de liaison français (formulaire E 204 du 27 mai 2011 [doc 110 p. 7]). Le Tribunal peut donc se limiter in casu à examiner si le recourant avait droit à une rente le 20 juillet 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 21 mai 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

3.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (doc 76).

4.

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 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 réadaptation exigibles. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

Par ailleurs, l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5.

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 RAI ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies (ATF 133 V 263). Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

6.

En l'espèce, l'objet du litige a donc trait au point de savoir si le taux d'invalidité du recourant a connu une modification notable depuis la décision de rejet de sa première demande AI en date du 11 janvier 2007 et, le cas échéant, au taux d'invalidité à retenir.

7.

A titre liminaire, il convient d'apporter les précisions suivantes.

7.1 Tout d'abord, en ce qui concerne le status de l'assuré (cf. supra let. 4), il appert que celui-ci a oeuvré à temps complet pendant une grande partie de sa carrière professionnelle en tant qu'ingénieur en agroalimentaire (cf. curriculum vitae [doc 108 p. 67]; voir aussi doc 13; 14 p. 2; 107 p. 2; 151 p. 4). Toutefois, dès 2003, il opère une réorientation professionnelle en tant qu'informaticien. Ne trouvant pas d'emploi fixe dans une entreprise à ce titre, il travaille de façon ponctuelle comme conseil, initiateur ou dépanneur en informatique (explications de l'assuré du 1^{er} juin 2011 [doc 107 p. 2]). Dans le questionnaire à l'assuré du 2 mars 2006, l'intéressé signale avoir travaillé en moyenne 3 à 4 heures par jours avant l'atteinte à la santé (doc 28 p. 3 n° 7). En parallèle, il semble également avoir été au chômage pendant cette période (cf. demande AI du 4 novembre 2010 rédigée par les institutions de sécurité sociale française [doc 72 p. 7 n° 5.7]; cf. aussi doc 25 p. 5 n° 7a; 151 p. 4) et n'avoir pas aspiré à un status d'homme au foyer mais dû s'accommoder à la situation par fatalisme (cf. rapport psychiatrique du 4 janvier 2012 [doc 153 p. 2]). Dans ces conditions, le fait que l'administration ait appliqué la méthode générale in casu et non la méthode mixte n'est pas critiquable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 3).

7.2 Ensuite, il sied de souligner que, selon les dispositions topiques et la jurisprudence, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. supra consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, 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 (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009). Le fait que les institutions de sécurité sociale d'un pays membre de l'Union Européenne mettent un assuré

au bénéfice de certaines prestations sociales n'est donc en soi pas de nature à lier les organes de l'assurance-invalidité suisse. Contrairement à ce que voudrait le recourant, il n'est donc pas déterminant que les institutions de sécurité sociale française et polonaise aient mit l'intéressé au bénéfice de prestations d'assurance sur la base d'un taux invalidité élevé (cf. décisions des autorités françaises des 3 novembre 2010 [doc 60 p. 4], 26 mai 2011 [doc 123] et 28 juin 2012 [pce TAF 3 p. 25]; décision des autorités polonaises du 11 janvier 2013 [pce TAF 19 p. 15-16]).

8.

Cela étant, il ressort des actes de la cause ce qui suit.

8.1 Victime d'un accident de vélo, le recourant a été hospitalisé à l'hôpital D. _____ du 2 juillet 1978 au 27 octobre 1978 pour une fracture multifragmentaire du fémur droit traitée par expansion (rapport du 2 novembre 1978 [doc 34 p. 1]). Dans un mémoire du 2 mars 2006 (doc 27 p. 1), l'assuré explique que cet accident a provoqué un raccourcissement de sa jambe droite, un décalage de l'axe du fémur avec une certaine rigidité, une discopathie et finalement un boitement de plus en plus prononcé (voir aussi rapports médicaux des 5 janvier 1993 [doc 26 p. 8], 18 octobre 1994 [26 p. 7] et 20 janvier 1995 [doc 26 p. 6]). Cette évolution ne l'empêche toutefois pas d'exercer diverses activités lucratives jusqu'à août 2005, moment à partir duquel l'assuré indique que son état de santé se dégrade considérablement (mémoire du 2 mars 2006 [doc 35 p. 6]; rapport E 213 du 29 décembre 2010 [doc 70 p. 2 n° 3.4.4]; explications de l'assuré du 21 mars 2006 [pce 35 p. 5 s.]). Il cesse dès lors l'exercice de toute activité lucrative pour des raisons médicales (questionnaire à l'assuré du 2 mars 2006 [doc 28 p. 3 n° 7a]). Dans plusieurs rapports médicaux, le Dr E. _____, médecin généraliste, relève que le patient souffre des séquelles posttraumatiques invalidantes de son membre inférieur droit — à savoir une polyarthrose invalidante et lombalgies à répétition — empêchant toute activité professionnelle (rapports des 1^{er} août 2005 [doc 33 p. 1], 4 mars 2006 [doc 26 p. 2], 20 juillet 2006 [doc 36 p. 1] et 14 décembre 2006 [doc 48 p. 1]). Dans un rapport du 30 septembre 2005 (doc 26 p. 3), le Dr F. _____ retient les diagnostics de polyarthrose (CIM-10 M 15) du rachis, de la hanche droite (arthrose coxofémorale droite) et du genou droit ainsi que de périarthrite scapulo-humérale (PSH) droite et mentionne que l'assuré suit une psychothérapie de soutien. Il propose de mettre l'assuré en catégorie d'invalidité 2 dès le 1^{er} août 2005. Appelé à se prononcer sur la documentation médicale versée au dossier, le service médical de l'OAIE reconnaît que les atteintes de l'assuré entraînent des limites fonctionnelles (alternation des positions; pas de ports de charges au-delà de 10 kg, marche limitée, pas de

travail avec le membre supérieur au-dessus du plan des épaules). Celles-ci ne seraient toutefois pas de nature à limiter l'intéressé dans l'exercice de sa profession d'initiateur et formateur en informatique à domicile (prises de position du Dr G. _____ des 8 août 2006 [doc 38 p. 1] et 9 novembre 2006 [doc 46]; cf aussi note de l'administration du 19 octobre 2006 [doc 42]). C'est notamment sur la base de cette dernière estimation que l'autorité inférieure a rejeté la première demande AI de l'assuré par décision du 11 janvier 2007 (doc 56) entrée en force.

8.2 Dans le cadre de la deuxième demande AI déposée par l'assuré en date du 20 janvier 2010 (doc 110 p. 7), la documentation médicale suivante a notamment été versée au dossier.

8.2.1 Un rapport angiologique du 6 janvier 2009 (doc 80) signale que l'assuré a été ausculté en raison d'œdème vespéral des membres inférieurs en période estivale et de l'apparition de cordons variqueux.

8.2.2 Dans un rapport du 19 décembre 2011 (doc 152), le Dr E. _____ indique une dégradation constante de l'état général et physique de l'assuré. Dans d'autres certificats, il fait part de coxalgies droites séquellaires d'une fracture fémorale traitée en 1978, de lombalgies sur discopathie et d'une suspicion de gonarthrose sur gonalgies. Selon lui, l'intéressé présente une incapacité de travail supérieur à 50% (rapport des 4 octobre 2010 [doc 84], 14 octobre 2010 [doc 90], 20 décembre 2010 [doc 117] et 21 octobre 2011 [doc 143]). Dans un rapport du 24 janvier 2012 (doc 164), il signale encore une calcification à l'épaule gauche (pce TAF 8 p. 13).

8.2.3 Le Dr H. _____, dans un rapport orthopédique du 8 octobre 2010 (doc 86), relève une indication tout à fait possible de mise en place d'une prothèse totale de la hanche en fonction des symptômes douloureux. Cette intervention ne devrait intervenir que lorsque les phénomènes douloureux se seront aggravés et surtout lorsque la gêne à la marche sera plus importante. Actuellement, il ne voit pas d'autre indication thérapeutique à proposer mis à part la prise d'anti-inflammatoires à la demande.

8.2.4 Dans un rapport du 13 octobre 2010 (doc 85), le Dr I. _____ décrit les résultats de son examen clinique de l'assuré en mentionnant notamment une marche avec boiterie.

8.2.5 La Dresse J. _____, dans un rapport E 213 du 29 décembre 2010, retient le diagnostic principal de polyarthrose CIM-10 M 15 (doc 70 p. 8 n° 7).

8.2.6 La Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie, relève qu'elle suit régulièrement l'assuré depuis le 18 avril 2009. En substance, elle signale que le patient a été fragilisé sur le plan psychique par des problèmes professionnels et familiaux, notamment suite à la décompensation psychique de son fils souffrant de schizophrénie; par ailleurs, sur le plan physique, il souffre de lombalgies répétées et de problèmes articulaires d'origine arthrosique (rapports des 12 octobre 2010 [doc 82] et 4 janvier 2012 [doc 153]).

8.2.7 Après avoir consulté son service médical (prise de position du 12 août 2011 [doc 128]), l'administration met en œuvre une expertise bidisciplinaire de l'assuré. Celui-ci est ainsi examiné le 17 janvier 2012 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique (doc 150 et 154) et le 18 janvier 2012 par le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie. Le dernier praticien cité ne décèle aucune affection psychiatrique et nie toute incapacité de travail à ce titre (rapport d'expertise du 20 janvier 2012 [doc 151]). Pour sa part, le Dr C._____ ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En ce qui concerne les diagnostics sans répercussion sur l'exercice de l'activité habituelle, il retient ce qui suit: (1) remaniement fémoral proximal suite à fracture consolidée avec malrotation et raccourcissement S72.2; (2) discrète coxarthrose M16.5; (3) tendinite et insertionite du membre pyramidal M62.9; (4) douleurs acromio-claviculaires à droit M75.9; (5) discopathie L4-L5 discrète M54.9; (6) insuffisance veineuse sur état variqueux des membres inférieurs I83.9. Il relève que l'intéressé présente des limitations fonctionnelles pour le port de charges lourdes (plus de 25 kg) de façon répétée, pour les marches sur de longues distances (plus d'un kilomètre) et pour les montées/descentes d'escalier répétées (rapport d'expertise du 3 février 2012 [doc 155 p. 16 s.]). Il conclut qu'il n'y a pas de modification significative par rapport à la situation ayant été donnée en janvier 2007 et que la profession d'informaticien est exigible de la part de l'assuré à temps complet.

8.2.8 Se fondant sur les rapports d'expertise susmentionnés et les avis concordants de son service médical (cf. prises de position des 18 mars et 23 avril 2012 [doc 168 et 173]), l'OAIE a rejeté la demande de prestations AI de l'assuré par décision du 21 mai 2012. Le recourant conteste cet acte en renvoyant à la documentation établie par ses médecins traitants et les institutions de sécurité sociale française et polonaise.

9.

Le Tribunal de céans prend position comme suit.

9.1 D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et les références citées).

La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Il n'en va différemment que si les médecins consultés par l'assuré font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

9.2 En l'espèce, force est de constater que l'assuré a été examiné par un expert psychiatre et un expert en chirurgie orthopédique, soit 2 spécialistes possédant toutes les qualifications requises pour se prononcer valablement sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré. Ces deux praticiens ont de surcroît procédé à un échange de vues quant à l'évaluation du cas (doc 151 p. 1; 155 p. 2), de sorte que leur appréciation revêt un caractère pluridisciplinaire et bénéficie ainsi d'une valeur probante renforcée. Par ailleurs, ils se sont déterminés en pleine connaissance de l'anamnèse, ont pris note des plaintes du recourant, ont procédé à un examen clinique complet de l'assuré et ont dûment motivé pour quelles raisons ils jugeaient la capacité de travail de l'intéressé différemment que leurs confrères français, étant relevé que le Dr B. _____ a de surcroît pris contact téléphoniquement avec la Dresse K. _____, psychiatre traitant de l'assuré (doc 151 p. 1), et que le Dr C. _____ a mis en œuvre un complément d'examen du rachis lombaire de l'assuré (doc 155 p. 2).

Ainsi, dans son rapport du 20 janvier 2012, le Dr B._____ indique qu'il ne décèle "pas de trouble psychiatrique atteignant le seuil diagnostique des ouvrages de référence. Tant le dossier que l'anamnèse ne mentionnent rien en ce sens dans le passé. Il en est de même du tout récent rapport médical du médecin psychiatre traitant daté du 04.01.2012. La recherche d'une pathologie dépressive n'a pas été contributive. Il n'y a pas de trouble anxieux spécifique. Il n'y a pas mention de problème avec des substances psychoactives quelles qu'elles soient. Il n'y a rien pour une atteinte cérébro-organique. Il n'y a pas de trouble psychotique. A._____ est par contre un homme souffrant, en regard d'une situation existentielle difficile et d'un fils schizophrène qui serait très difficile à supporter à domicile. C'est pour ce motif que l'assuré reçoit un soutien psychothérapeutique auprès d'une spécialiste. Celle-ci ne retient pas davantage de trouble mental stricto sensu dans les documents qui figurent au dossier" (doc 151 p. 7 s.).

Pour sa part, le Dr C._____ relève notamment ce qui suit: "Nous ne retrouvons que quelques très discrets signes radiologiques de coxarthrose droite, aucune arthrose gléno-humérale et une discopathie lombaire L4-L5 sans arthrose interapophysaire. Enfin, les douleurs de l'épaule D ne correspondent pas à une arthrose acromio-claviculaire avérée sur le plan radiologique. Toutes les images radiologiques obtenues montrent une atteinte dégénérative compatible avec l'âge de l'assuré et n'ont pas de signification pathologique. [...] Les propositions de prothèse de hanche sont surprenantes de la part d'un spécialiste en Chirurgie Orthopédique: l'assuré n'a pas de douleurs inguinales mais une tendinite et insertionite du muscle pyramidal, une malrotation et un raccourcissement du fémur D. Ces pathologies sont vraisemblablement en lien avec les séquelles de la fracture du fémur proximal mais n'ont pas de gravité telle qu'elles empêchent toute activité professionnelle adaptée (ou alors il faudrait mettre en incapacité de travail plus des 3/4 de la population âgée de 60 ans, qui présente des symptômes et des images radiologiques identiques). Par ailleurs les images radiologiques actuelles de la coxo-fémorale montrent une atteinte pour le moins discrète de celle-ci. Les 2 modifications morphologiques du fémur D, à savoir raccourcissement et malrotation) sont dans les limites des séquelles non indemnisées en droit médical suisse (moins de 3 cm de raccourcissement et moins de 20° de malrotation). Leur impact fonctionnel est considéré comme supportable" (doc 155 p. 14 s.).

Compte tenu de l'examen complet opéré par les spécialistes mandatés qui répond en tout point aux critères jurisprudentiels en la matière (cf. supra consid. 9.1), le Tribunal de céans ne peut que reconnaître pleine valeur probante aux rapports d'expertise des 20 janvier et 3 février 2012.

Par ailleurs, comme l'a retenu à juste titre l'administration, la documentation médicale à laquelle se réfère le recourant n'est pas de nature à jeter le doute sur les conclusions des experts. En effet, sur le plan psychiatrique, la Dresse K._____ ne fait part d'aucun diagnostic psychiatrique reconnu en rapport avec le patient, ce qui est pourtant une condition sine qua non pour que l'octroi d'une rente AI puisse entrer en ligne de compte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_822/2013 du 4 juin 2014 consid. 4.3). Pour sa part, le Dr E._____ relève des constats cliniques identiques à celui des experts mais procède à une appréciation divergente de la capacité de travail de l'assuré (cf. notamment rapport du 5 juin 2012 [pce TAF 1 p. 8]). Or, ses prises de position succinctes ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'avis des experts qui ont procédé à un examen approfondi et interdisciplinaire de l'assuré (cf., parmi d'autres, arrêt du Tribunal fédéral 9C_823/2012 du 18 mars 2013 consid. 4.3). Au surplus, on relèvera que, dans le rapport d'expertise du 3 février 2012, le Dr C._____ a relevé chez l'intéressé une tendance à l'accentuation des symptômes lors de l'examen clinique en donnant des exemples très précis des incohérences constatées (doc 155 p. 15 et 17 s.) et que l'assuré – auquel l'expertise en question a été notifiée par ordonnance du 25 février 2013 avec octroi d'un délai pour déposer ses observations éventuelles (pce TAF 17) – ne s'est aucunement exprimé sur point. Cette circonstance incite également à être très prudent dans l'évaluation des appréciations médicales rendues par les médecins traitants. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2 et les références citées). Pour les mêmes raisons, il convient d'écarter les prises de position du Dr L._____ (rapports des 8 février 2012 [pce TAF 1 p. 11] et 9 février 2012 [doc 165]) et du Dr N._____ (rapport du 13 février 2012 [doc 163]) qui ne font part d'aucun élément qui aurait été omis par les experts. En outre, le recourant ne peut tirer aucun argument du rapport médical du 8 octobre 2010 établi par le Dr H._____ (doc 86), puisque ce praticien, s'il fait part de l'indication d'une prothèse à long terme, ne prend pas position sur la capacité de travail de l'assuré et retient qu'actuellement les phénomènes douloureux handicapent l'assuré de façon modérée. Aussi propose-t-il comme unique thérapie la prise d'anti-inflammatoire à la demande.

Au demeurant, on note que les rapports médicaux versés à la cause qui ont été établis après le prononcé de la décision attaquée (rapports du

Dr E. _____ des 10 septembre 2012 [pce TAF 8 p. 32], 15 septembre 2012 [pce TAF 8 p. 35] et 14 janvier 2013 [pce TAF 15 p. 4]; rapports de la Dresse K. _____ des 10 septembre 2012 [pce TAF 8 p. 38], 19 septembre 2012 [pce TAF 7] et 21 octobre 2013 [pce TAF 15 p. 5]; rapport du Dr H. _____ du 13 septembre 2012 [pce TAF 8 p. 33]; rapports du Dr M. _____ des 17 septembre 2012 [pce TAF 8 p. 41] et 17 décembre 2012 [pce TAF 8 p. 42]; rapport des Drs H. _____ et M. _____ du 17 septembre 2012 [pce TAF 8 p. 36]; rapport du Dr L. _____ du 11 octobre 2012 [pce TAF 12 p. 4]) se rapportent à l'état de santé du recourant à une date ultérieure à la période sujette à examen courant du 20 juillet 2010 au 21 mai 2012 (cf. supra consid. 2.3), de sorte qu'ils ne peuvent de toute façon pas être déterminants pour l'issue de la cause. On relèvera tout de même que, dans le rapport susmentionné du 11 octobre 2012 (pce TAF 12 p. 4), le Dr L. _____ indique que l'assuré souffre d'une coxarthrose qui reste modérée sans indication chirurgicale actuellement.

9.3 Compte tenu de l'ensemble des circonstances susmentionnées, l'expertise bidisciplinaire mise en œuvre par l'administration emporte la conviction. Il convient donc de conclure que, sur le plan strictement médical, l'assuré est en mesure d'accomplir toute activité professionnelle à temps complet qui respecte les limites fonctionnelles mises en évidence par le Dr C. _____. Il s'ensuit que — au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales — il n'y a pas eu d'évolution significative de l'état de santé de l'assuré depuis le rejet de la première demande de prestations AI par décision du 11 janvier 2007 (doc 56). En particulier, on relève que le recourant a exercé la profession d'informaticien pour divers employeurs avant la survenance de l'atteinte à la santé (cf. attestation du 5 janvier 2004 [doc 108 p. 21], certificats de travail des 20 décembre 2005 [doc 108 p. 25], 27 février 2006 [doc 30 p. 5], 28 février 2006 [doc 30 p. 1 et 3], 2 mars 2006 [doc 30 p. 2 et 6], 7 mars 2006 [doc 30 p. 7] et 25 octobre 2012 [pce TAF 12 p. 5]). Quoiqu'en dise le recourant, l'exercice de cette profession est encore exigible de sa part à temps complet sur le plan strictement médical, comme cela ressort clairement du rapport d'expertise du 3 février 2012 établi par le Dr C. _____ (doc 155 p. 18 let. B chif. 2a; cf. aussi supra consid. 8.2.7).

10.

A plusieurs reprises (cf. mémoires des 5 juin 2012 [pce TAF 1 p. 1]; 3 août 2012 [pce TAF 3], 20 septembre 2012 [pce TAF 8 p. 1 et 9-10], 25 octobre 2012 [pce TAF 12 p. 1], 15 mars 2013 [pce TAF 19] et 20 juin 2013 [pce TAF 20]), le recourant fait valoir qu'il est tout à fait irréaliste qu'il puisse

travailler à nouveau en France en tant qu'informaticien vu son âge avancé et la conjoncture actuelle. Ce grief doit également être rejeté.

10.1 Lorsqu'il s'agit de déterminer dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2 et 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 4.2); l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités d'emploi irréalistes, ou se borner à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail.

10.2 S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4 avec références, I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2). Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible

des rapports de travail (cf., parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2; ATF 138 V 457 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a récemment précisé que le moment déterminant pour procéder à l'analyse globale de la situation correspond à celui où l'on constate que l'exercice d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.4).

10.3 En l'occurrence, le recourant a été soumis à une expertise psychiatrique et une expertise orthopédique en date des 20 janvier et 3 février 2012, étant relevé que le Tribunal de céans a reconnu pleine valeur probante à ces documents (cf. supra consid. 9.3). Il convient donc de retenir la date du 3 février 2012 comme déterminante pour procéder à l'analyse globale de la situation. A ce moment-là, l'assuré était âgé de 61 ans et 8 mois, ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique invalidante, pouvait, sur le plan strictement médical, exercer sa profession habituelle d'informaticien à temps complet (cf. supra consid. 9.3) et était éloigné de plus de 3 ans de l'âge de la retraite. Le Tribunal de céans peut donc conclure qu'il n'était pas irréaliste que l'assuré puisse retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (sur la jurisprudence sévère en la matière voir, parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_345/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.3; 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2).

11.

Au vu de tout ce qui précède, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

12.

12.1 Au vu des circonstances de la cause, il se justifie de ne pas percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 in fine PA en relation avec l'art. 6 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Partant, la demande d'assistance judiciaire partielle est devenue sans objet.

12.2 Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

La demande d'assistance judiciaire partielle est devenue sans objet.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

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).

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué 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. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :