



Cour III
C-4734/2018

Arrêt du 4 octobre 2021

Composition

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

Parties

A. _____, (Espagne)
représenté par Y. _____
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité (décision du 8 juin
2018).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol, A. _____ (ci-après : assuré ou recourant) est né le (...) 1958, divorcé et père d'un enfant né en 1983 (cf. AI pce 154 pp. 15 et 17). Il a grandi en partie en Suisse où, sans formation professionnelle (AI pces 18 p. 1 et 154 pp. 14 s.), il a travaillé principalement comme chauffeur de taxi aussi en tant qu'indépendant. Il a cotisé de nombreuses années à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; cf. notamment : extrait du compte individuel du 8 décembre 2010 [TAF pce 1 annexe 4]). En 2006, il s'est installé en Espagne et depuis le 18 juillet 2006, il a été employé comme serveur (cf. questionnaire à l'assuré du 23 avril 2012 et questionnaire à l'employeur du 23 avril 2012 [AI pce 18]; voir aussi le formulaire E 205 du 9 février 2012 [AI pce 7 pp. 1 ss]). Il a indiqué qu'il avait également géré un restaurant et une pizzeria pendant quelques mois (AI pce 154 pp. 15 et 23).

B.

B.a L'assuré a déposé le 19 janvier 2012 une demande de prestations d'invalidité devant l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) par le biais de l'institut national de sécurité sociale espagnol (INSS; formulaire E 204; AI pce 8). Il ressortait en particulier des documents joints que l'assuré a subi le 5 juillet 2010 une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale qui a dû être opérée d'urgence (notamment : rapport d'hospitalisation du 14 juillet 2010; AI pce 3) et qu'il touchait à partir du 18 septembre 2010 des prestations d'assurance espagnole pour une incapacité temporaire (AI pce 8 pp. 2 ss).

Le 27 juillet 2012 (AI pce 22), l'OAIE a informé l'assuré par projet de décision qu'il entendait rejeter la demande de prestations. L'assuré qui a contesté ce projet (courriers des 29 novembre 2012 et 3 juin 2013 [AI pces 28 et 44]; voir aussi AI pces 23, 24 et 26 et 27), a notamment versé en cause un rapport psychiatrique du 14 septembre 2012 (AI pce 29; voir aussi AI pces 36 et 37). Par décision du 1^{er} juillet 2013 (AI pce 47), l'OAIE a rejeté la demande de prestations. Il a précisé que selon l'avis de son service médical, il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

B.b Par arrêt C-4943/2013 du 11 juillet 2014 (AI pce 65), le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) a admis le recours que l'assuré a formulé et annulé la décision de l'OAIE. La cause a été renvoyée à l'autorité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle

décision (cf. ch. 1 du dispositif). Le Tribunal a précisé que l'OAIE devait mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire comprenant au moins les volets de la médecine interne, cardiologique et psychiatrique, avec, le cas échéant, le concours des spécialistes de la réintégration professionnelle (consid. 8.4 de l'arrêt).

B.c Faisant suite à l'arrêt du Tribunal de céans, l'OAIE a organisé en Suisse une expertise médicale pluridisciplinaire (notamment : courriers des 10 octobre 2014 ainsi que des 28 avril et 30 mai 2016 à l'assuré; AI pces 72, 123 et 131). Pour des raisons pratiques, l'expertise pneumologique a été effectuée à part (échange entre l'OAIE et l'assuré des 1^{er}, 8 et 18 mars 2016; AI pces 105 à 107). Les experts, dans leurs rapports des 3 août et 11 novembre 2016 (AI pces 154 et 171), ont conclu, sur les plans de la médecine interne, cardiologique et psychiatrique, que l'assuré présentait à compter du 5 juillet 2010 une incapacité de travail totale en tant que sommelier et dès octobre 2010, trois mois après l'intervention du 5 juillet 2010, une capacité de travail entière dans une activité adaptée ; sur le plan purement respiratoire, l'expert a estimé que la capacité de travail était de 80% à 100% dans l'activité exercée auparavant. Le service médical de l'OAIE a confirmé les conclusions des experts (réponses des 3 décembre 2016 et 11 janvier 2017; AI pces 175 et 179) et le 24 avril 2017, les experts ont répondu aux questions complémentaires de l'assuré (AI pces 180 et 183).

Après avoir évalué un taux d'invalidité de 6% (AI pce 187), l'OAIE, par projet de décision du 7 juin 2017 (AI pce 189), a fait savoir à l'assuré qu'il pensait rejeter la demande de prestations. L'assuré s'est opposé à ce projet (notamment : courrier du 31 juillet 2017; AI pce 193; voir aussi AI pces 190 et 191) et l'Office a soumis le dossier à son service médical qui admettait une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée (notamment réponse du 21 novembre 2017; AI pce 199). La nouvelle évaluation de l'invalidité a fait état d'un taux de 25% (AI pce 201).

Le 22 décembre 2017, par nouveau projet de décision, l'OAIE a indiqué à l'assuré qu'il comptait rejeter la demande de prestations (AI pce 202). L'assuré qui a contesté ce projet a notamment fait valoir une péjoration de sa santé (notamment courrier du 1^{er} février 2018; AI pce 203; voir aussi AI pces 204 à 206). Par décision du 8 juin 2018 (AI pce 209), envoyée le 15 juin 2018 (cf. résultat de la recherche postale; TAF pce 1 annexe 3), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré en maintenant sa position. Il a encore exposé que selon son service médical, la nouvelle documentation transmise n'avait pas démontré d'éléments nouveaux.

C.

L'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal de céans le 18 août 2018 (TAF pce 1). Il a conclu, sous suite de frais et dépens à la charge de l'OAIE, à l'admission du recours et à l'annulation de la décision contestée ainsi qu'à la prise en compte d'une capacité de travail résiduelle d'au maximum 50% dans tous les types d'activité professionnelle, même adaptée à son état de santé, et à l'octroi d'une rente d'invalidité conséquente. En substance, le recourant a mis en doute la valeur probante des expertises médicales entreprises. Il a également fait grief que la possibilité concrète de pouvoir exploiter une éventuelle capacité de travail résiduelle sur le marché équilibré du travail n'avait pas été examinée. De plus, il a critiqué les revenus sans et avec invalidité retenus par l'autorité pour évaluer son degré d'invalidité.

Dans sa réponse du 27 novembre 2018, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6).

Par réplique du 18 janvier 2019 (TAF pce 8), duplique du 25 janvier 2019 (TAF pce 10) et observations du 1^{er} avril 2019 (TAF pce 12), les parties ont réitéré leurs conclusions. Le recourant a par ailleurs avancé qu'il avait souffert d'un nouvel accident (TAF pce 8) et devait subir une intervention (TAF pce 12). Il a également joint des nouveaux rapport médicaux (TAF pces 8 et 12 annexes 52 à 59 et TAF pce 14 annexe). Pour sa part, l'OAIE a versé en cause la réponse du 6 février 2019 de son service médical ainsi qu'une nouvelle évaluation de l'invalidité qui fait état d'un taux de 32% (TAF pce 10 annexes 2 et 4).

Droit :**1.**

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. Le recourant a qualité pour recourir, étant directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) eu égard aux fêtes judiciaires (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA et 22a al. 1 let. b PA), ainsi que dans les formes requises par

la loi (art. 52 al. 1 PA). De plus, l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA; TAF pces 2 à 4).

2.

2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (cf. let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

2.2 Le TAF définit les faits – avec la collaboration des parties (art. 13 PA) – et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, *Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs*, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2^e éd. 2015, p. 243). Toutefois, le Tribunal se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e 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.

3.2 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, le 8 juin 2018 (AI pces 90 et 94).

Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

3.3 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant a longtemps habité et travaillé en Suisse mais réside depuis 2006 en Espagne où il a également travaillé (cf. extrait du compte individuel du 8 décembre 2010 [TAF pce 1 annexe 4] et les formulaires E 205 et E 207 du 9 février 2012 concernant la carrière [d'assurance] de l'assuré en Espagne [AI pce 7]). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP; RS 0.142.112.681; cf. art. 80a al. 1 LAI). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). S'agissant de la relation avec la Suisse, 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 (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 (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).

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; arrêts du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_329/2015 du 5 juin 2015; 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

En l'occurrence est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE n'a pas accordé à l'assuré une rente d'invalidité alors qu'il est incontesté que celui-ci remplit la durée de cotisation minimale conformément à l'art. 36 al. 1 LAI qui prévoit que tout requérant doit avoir versé, lors de la

survenance de l'invalidité, des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total, dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). En effet, il a cotisé de nombreuses années en Suisse et en Espagne (AI pce 7 et TAF pce 1 annexe 4).

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est 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).

En vertu de l'art. 7 al. 1 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. Selon l'art. 6, 1^{ère} phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui.

En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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^e phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

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

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'al. 3 de la disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.3 Le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI. 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 le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par la personne assurée avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1; pour le salaire avec invalidité : ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). A défaut de salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques (ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1 s.; 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). De plus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail puisque les niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre et, partant, ne permettent 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; TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

5.4 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. La personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur

résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.

6.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) – aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) – l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'occurrence (cf. consid. 4) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations.

6.2

6.2.1 L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (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). Toutefois, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2).

6.2.2 Les maladies psychiques, telles, notamment, les troubles dépressifs et les syndromes de dépendance, ainsi que la capacité de travail exigible de la personne souffrante de telles atteintes sont évaluées dans le cadre d'une procédure probatoire structurée (cf. troubles douloureux somatoformes : ATF 141 V 281 consid. 4.2; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 418 consid. 7.1 s., aussi les troubles dépressifs de

degré moyen ou léger : ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.; les syndromes de dépendance : ATF 145 V 215). Cette procédure est basée sur une vision ouverte et tient compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Elle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne assurée et, d'autre part, les ressources de celle-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

Le diagnostic, émanant d'un-e spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV, forme le point de départ de l'examen (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; TF 9C_6189/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1; 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3 de l'arrêt cité) comprend les complexes « atteinte à la santé », « personnalité » et « contexte social » (consid. 4.3.1 à 4.3.3) et la catégorie « cohérence » (point de vue du comportement; consid. 4.4) apprécie la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.1 et 4.4.2). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue et les indicateurs indiqués n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (consid. 4.1.1).

7.

7.1 Le principe de la libre appréciation des preuves lequel s'applique de manière générale devant l'administration et le tribunal (notamment : ATF 144 V 50 consid. 4.3; cf. aussi consid. 2.2) implique que tous les moyens de preuve doivent être examinés de manière objective quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8) ; il sied de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur les droits litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2; TF 9C_667/2020 du 29 décembre 2020 consid. 3.2).

7.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'évaluer les rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.2.1 L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il 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 soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33).

7.2.2 Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert-e étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition afin d'éclairer les aspects médicaux. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes, ignore des éléments essentiels ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e. On ne peut exclure, dans ces cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le tribunal ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1; U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.3 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

8.

8.1 Dans le cas concret, dans un premier temps, l'OAIE disposait notamment des pièces médicales suivantes :

- le rapport d'hospitalisation du 14 juillet 2010, établi par le Dr B. _____ lequel informe que l'assuré a été admis le 5 juillet 2010 suite à une rupture aiguë d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale qui a nécessité la pose en urgence d'une endoprothèse aortique ainsi que d'un pontage (bypass) fémoro-fémoral après que l'opération a entraîné l'occlusion des artères hypogastriques ; ce médecin fait également état d'une hypertension artérielle, d'une dyslipidémie ainsi que d'un tabagisme et indique les résultats des examens entrepris et la poursuite du traitement (AI pce 3),
- le rapport du 25 janvier 2011, établi par la Dresse C. _____, médecin de famille, diagnostiquant une asthénie (CIM-9 780.79) et une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale (CIM-9 441.3) ; à l'examen du 21 janvier 2011, ce médecin observe une claudication fessière à 300 mètres, une névralgie ainsi qu'une lombalgie (AI pce 1),
- le rapport du 8 mars 2011 du Dr D. _____, chirurgien vasculaire, lequel constate une claudication fessière à 300 mètres comme complication de l'opération qui avait entraîné l'occlusion des artères hypogastriques (AI pce 2),
- le rapport du 9 novembre 2011 du Dr E. _____, médecin de famille, lequel a examiné l'assuré pour une tachycardie sans grands efforts et fait réaliser un électrocardiogramme (ECG; AI pce 16),
- le rapport médical détaillé E 213 du 26 janvier 2012 du Dr F. _____ lequel pose comme diagnostics une rupture de l'anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale avec pose d'une endoprothèse aortique et l'occlusion de l'artère iliaque profonde gauche avec pontage fémoro-fémoral ainsi qu'une dyspnée à l'effort modéré ; il fait également mention d'une claudication intermittente à 300 mètres ; ce médecin indique encore, selon les formulations prétextées, que l'assuré ne peut actuellement plus exercer à plein temps sa dernière activité (AI pce 6),
- le résultat du 5 avril 2012 de l'examen par scanner abdominal avec contraste, signé par la Dresse G. _____ (AI pce 13),

- le certificat médical du 10 avril 2012 du Dr E. _____, diagnostiquant d'autres symptômes généraux (CIM-9 780.9) ; de plus, il liste, selon l'ordre chronologique, les antécédents suivants : tabagisme (2/4/2007), périodontie (2/4/2007), hypertension artérielle (5/1/2009), fasciite plantaire (5/1/2009), hypercholestérolémie (24/2/2009), abus d'alcool (24/2/2009), reflux gastriques (23/3/2009), rupture d'un anévrisme abdominal (14/7/2009), asthénie (21/9/2010), sciatique (4/11/2010), troubles du corps vitré (29/11/2010), problèmes de vue (3/11/2011), claudication intermittente (19/5/2011) et tachycardie (9/11/2011; AI pce 14),
- la prise de position du 28 juin 2012 du Dr H. _____, spécialiste en médecine interne et travaillant pour l'OAIE ; ce médecin atteste en raison d'une maladie artérielle périphérique occlusive, une claudication intermittente ainsi qu'un état après rupture de l'anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale avec pose de prothèses aortique et fémoro-fémorale une incapacité de travail de 70% depuis le 5 juillet 2010 dans l'ancienne activité de serveur mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée laquelle permet de changer les positions et n'implique pas le port de charge au-dessus de 6 kg, des travaux lourds ainsi que la marche au-delà de 100 m (AI pce 20),
- le rapport médical du 14 septembre 2012 du Dr I. _____, médecin psychiatre ; ce spécialiste note que l'assuré n'a pas d'antécédents psychiatriques et que tant des limitations physiques que les conséquences du problème médical au niveau personnel et financier ont conduit chez l'assuré, pendant des mois et progressivement, à une baisse de l'humeur, un manque d'intérêt pour son entourage, une diminution de la capacité de ressentir des émotions positives, un abandon d'activités, une insomnie, une inquiétude intérieure et une perte d'appétit ; la benzodiazépine et la mitrazapine (un antidépresseur) ont été prescrites ; le médecin conclut que l'assuré présente des symptômes compatibles avec un trouble dépressif majeur (AI pce 29),
- la prise de position médicale du 18 décembre 2012 du Dr H. _____ (AI pce 31) ainsi que ses précisions du 1^{er} février 2013 (AI pce 33),
- le rapport de consultation du 25 mars 2013 du Dr E. _____ lequel énumère les diagnostics dont la plupart ont déjà été mentionnés précédemment ; il note encore notamment une réaction d'adaptation non spécifiée, un pyrosis, une hypertriglycémie, une anxiété, une anémie et des vertiges (AI pce 37),

- les prises de position des 16 avril et 19 juin 2013 du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie travaillant pour l'OAIE ; ce médecin estime que l'assuré a développé une symptomatologie anxio-dépressive dans les semaines qui ont suivi la communication du projet de décision tendant au refus de sa demande de prestations ce qui ne conduit pas à une incapacité de travail de longue durée (AI pces 40 et 46).

8.2 Dans le cadre de l'affaire C-4943/2013 précitée, ont été versés en cause en particulier les nouveaux documents médicaux ci-après :

- le rapport médical du 23 janvier 2012 du Dr D._____ lequel observe chez l'assuré une claudication fessière à droite ; il estime que le pronostic est faible et qu'il existe une limitation fonctionnelle dans l'activité professionnelle (AI pce 49),
- le certificat médical du 29 septembre 2012 du Dr B._____, qui, s'agissant des atteintes actuelles, indique que le recourant présente une claudication fessière droite laquelle limite sa capacité à marcher sur des longues distances et à monter des pentes (AI pce 50),
- le rapport d'analyses en laboratoire du 23 octobre 2012 (AI pce 48),
- la prise de position médicale du 11 octobre 2013 du Dr H._____, maintenant ses avis antérieurs (AI pce 56).

8.3 Lors de la poursuite de l'instruction suite à l'arrêt C-4943/2013 cité, ont notamment été produites les nouvelles pièces médicales suivantes :

- les rapports des 6 mars et 4 juin 2009 relatifs à des examens gastroscopiques et du transit œso-gastro-duodénal (AI pces 80 et 81),
- le rapport médical du 5 juillet 2010 de la Dresse K._____ (AI pce 83) ainsi que le rapport médical inter-service du 7 juillet 2010, signé du Dr L._____, relatifs à l'hospitalisation d'urgence de l'assuré le 5 juillet 2010 pour une rupture de l'anévrisme (AI pce 82),
- les rapports médicaux manuscrits des 17 novembre 2010 et 20 février 2011 relatifs à des examens de contrôle (AI pces 90 et 91),
- les résultats des examens par imagerie médicale effectués les 5, 7, 9 et 12 juillet, 12 août et 17 novembre 2010, 12 mars et 5 avril 2012 s'agissant des angiographies et concernant le thorax et l'abdomen (AI pces 84 à 89, 92 et 93),

- les résultats du 7 mai 2013 de la colonoscopie ainsi que le rapport du 17 juin 2013 de la biopsie (AI pces 94 et 95),
- les rapports des 7 avril et 10 juin 2015 des Dresses M. _____ et N. _____ qui ont examiné l'assuré pour des lombalgies chroniques et ont fait état du résultat de l'examen RM du rachis lombosacré du 25 mars 2015, soit des signes de spondylarthrose avec pincement des recessus latéraux au niveau de L4-L5, une protrusion circonférentielle du disque L2-L3, une hernie discale postéro-médiane et paramédiane gauche L4-L5 avec fragment discal extrudé et migré vers caudal ainsi qu'une grande protrusion postérieure ample du disque L5-S1 (AI pces 98, 99 et 138),
- les résultats du 12 juillet 2016 des examens de laboratoire (AI pce 152),
- le rapport d'expertise du 3 août 2016 (AI pce 154) relatif aux examens médicaux qui ont eu lieu au O. _____ à (...), signé par les Drs P. _____, médecin interne, Q. _____, psychiatre et psychothérapeute et R. _____, cardiologue ; ces spécialistes ont posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques et des troubles dégénératifs étagés, une hernie discale L4-L5 gauche (2015), une claudication intermittente résiduelle après cure d'anévrisme abdominal sous-rénal, rompu en juillet 2010 ainsi qu'une endoprothèse et un pontage fémoro-fémoral en juillet 2010 ; ils ont encore noté, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie à début tardif (F34.1) et des autres troubles anxieux phobiques, probablement présents depuis l'automne 2010, une consommation d'alcool à risque, une maladie de reflux sous traitement, une hypertension artérielle et une dyslipidémie ; s'agissant de la capacité de travail, les experts ont estimé que l'activité de sommelier avec déplacements fréquents et rapides n'est plus envisageable et qu'à ce sujet l'incapacité de travail est totale dès le 5 juillet 2010 ; en revanche, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, exigible dès octobre 2010, il existerait une capacité de travail entière,
- le rapport d'expertise du 11 novembre 2016 du Dr S. _____, pneumologue (AI pce 171) ; ce spécialiste atteste comme diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, une implantation d'un stent aorto-bifémoral et un pontage fémoro-fémoral suite à une rupture de l'aorte abdominale le 5 juillet 2010, une thrombose complète de l'endoprothèse primitive gauche et un anévrisme de l'artère iliaque primitive gauche (selon CT-scan thoraco-abdomino-pelvien du 1er juillet 2016),

une spondylarthrose avec pincement des récessus latéraux L4-L5, une protrusion circonferentielle du disque L2-L3, une hernie discale postéro-médiane et paramédiane gauche L4-L5 et une protrusion postérieure L5-S1 (IRM lombaire du 07 mai 2015) ainsi qu'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) débutante. Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, cet expert énumère un emphysème centro-lobulaire et sous-pleural (1 % du volume pulmonaire total, selon CT-scan thoraco-abdomino-pelvien du 1^{er} juillet 2016), un tabagisme chronique actif (UPA), des comorbidités cardiovasculaires, soit une maladie polyvasculaire, une hypertension artérielle systémique sous traitement, une stéatose hépatique (selon CT-scan thoraco-abdomino-pelvien des 5 avril 2012 et du 1^{er} juillet 2016), un diabète sucré non insulino-dépendant, une tonsillectomie à l'âge de 17 ans, une paralysie faciale à l'âge de 30 ans, une notion de crises de goutte occasionnelles et un état dépressivo-anxieux sous traitement. Le Dr S._____ a estimé qu'au plan purement respiratoire, l'assuré présente une capacité de travail de 80% à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici, sous réserve des limites en relation avec la maladie polyvasculaire et les troubles rachidiens ; les résultats du 2 juillet 2016 de l'examen par CT-scan thoraco-abdomino-pelvien du 1^{er} juillet 2016, signés par le Dr T._____, ont été joints tout comme les notes manuscrites de ce médecin (AI pces 153 et 171 pp. 9 ss),

- le complément du 24 avril 2017 des médecins du O._____, signés des Drs P._____, Q._____ et R._____ ; ces médecins répondent alors aux questions que l'assuré a formulées le 6 février 2017 et précisent le résultat de leurs examens (AI pces 180 et 183).

Les médecins de l'OAIE ont été invités à prendre position dans le dossier. Dans ses réponses des 3 décembre 2016 et 11 janvier 2017, le Dr U._____, médecin généraliste, se réfère entièrement au rapport d'expertise du 3 août 2016 des spécialistes du O._____. Il argue que le rapport pneumologique du 11 novembre 2016 (dates corrigées) ne modifie pas l'appréciation de ces premiers experts (AI pces 175 et 179; voir aussi sa prise de position du 18 août 2017 [AI pce 195]). La Dresse V._____, médecin généraliste, physique et réadaptation, a notamment précisé dans sa réponse du 21 novembre 2017 qu'au vu du cumul des pathologies dont l'assuré souffre, une diminution de rendement de 20% paraît justifiée (AI pce 199).

8.4 Suite au projet de décision du 22 décembre 2017 (AI pce 202), ont été produites les nouvelles pièces médicales suivantes :

- les résultats du 25 août 2016 de l'examen par doppler rénal qui est réalisé pour le motif que l'assuré présente une insuffisance rénale avancée ainsi que des antécédents d'endoprothèse aortique ; les résultats sont signés par la Dresse W. _____ (AI pce 205 p. 1),
- les résultats du 23 octobre 2017 de l'échographie de l'abdomen-pelvis dans le cadre du suivi et d'une hépatite alcoolique, établis par le Dr X. _____ (AI pce 205 p. 2).

Selon la Dresse V. _____, dans sa prise de position du 15 mai 2018, ces deux derniers rapports ne font pas état d'élément nouveau (AI pce 208).

8.5

8.5.1 Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a transmis dans un premier temps, le rapport du suivi du 5 novembre 2018 du Dr B. _____ qui informe d'une augmentation importante du sac anévrismal iliaque gauche (TAF pce 8 annexe 52). La Dresse V. _____ a expliqué le 6 février 2019 que cette augmentation était sans déficit neurologique évident et que l'on ne pouvait parler en l'état du dossier ni d'une nouvelle rupture ni d'un nouvel accident. Cela étant, la situation serait instable. De plus, ces éléments pourraient modifier les taux d'incapacités de travail pour l'avenir mais ils ne remettraient pas en question les avis antérieurs (TAF pce 10 annexe 2).

8.5.2 Ultérieurement, l'assuré a transmis les documents suivants :

- les consentements signés le 21 janvier 2019 relatifs à une nouvelle intervention (TAF pce 12 annexes 53 à 55),
- la prescription du 21 janvier 2019 s'agissant d'un ECG comme examen préopératoire, signée par le Dr B. _____ (TAF pce 12 annexe 56),
- les résultats du 22 janvier 2019 des examens en laboratoire (TAF pce 12 annexes 57 à 59),
- le rapport de sortie du 24 janvier 2020 relatif à l'hospitalisation programmée du 16 au 24 janvier 2020 pour une résection du sac anévrismal par voie rétrograde en raison de l'élargissement d'un anévrisme iliaque gauche ; il ressort également des antécédents mentionnés que l'assuré a subi le 5 juillet 2019 une embolisation hypogastrique gauche ainsi qu'une embolisation de l'artère iliaque primitive (AIP) gauche (TAF pce 14 annexe).

8.6 Enfin, ont également été déposées dans le dossier les pièces ci-après :

- la décision du 23 décembre 2011 de la sécurité sociale espagnole, prolongeant la reconnaissance de l'incapacité temporaire durant l'examen de l'incapacité permanente (AI pce 12 p. 1),
- la décision de la sécurité sociale espagnole, accordant avec effet au 27 février 2012, une prestation pour incapacité permanente en raison d'une rupture de l'anévrisme abdominal sous-rénal, d'une endoprothèse et de l'artère iliaque traitée par pontage fémoro-fémoral, d'une sciatique, d'une dyspnée à l'effort modéré et d'une claudication intermittente à 300 mètres (AI pce 12 p. 2),
- le questionnaire à l'assuré du 23 avril 2012 dans lequel celui-ci a rapporté qu'il a travaillé en Suisse comme chauffeur de taxi et qu'il a exercé comme dernière activité en Espagne celle de serveur depuis le 18 juillet 2006 (AI pce 18 pp. 1 ss),
- le questionnaire à l'employeur, rempli et signé le 23 avril 2012, duquel il apparaît que l'assuré recevait un salaire de 1'350 euros par mois (AI pce 18 pp. 5 ss),
- le certificat du 13 mars 2013 de la sécurité sociale espagnole, attestant que l'assuré touche une rente depuis le 22 décembre 2011, et un relevé, non daté, indiquant le montant de la rente en 2013 pour une incapacité permanente totale (AI pce 36 pp. 1 et 2),
- le questionnaire à l'assuré, rempli et signé le 1^{er} septembre 2016, dans lequel celui-ci indique qu'il ne travaille plus depuis le 5 juillet 2010 et qu'il gagnerait actuellement 1'650 euros par mois et qu'auparavant le salaire aurait été de 1'450 euros auxquels il faudrait ajouter notamment les pourboires (AI pce 157),
- les différentes évaluations de l'invalidité en application de la méthode générale (AI pces 21; 187 et 201; TAF pce 10 annexe 4) qui ont déterminé les revenus à comparer d'après les données statistiques suisses ; l'évaluation du 19 décembre 2017 (AI pce 2017) fait état d'un taux d'invalidité de 24,74% ; le revenu sans invalidité se réfère à la branche de l'hébergement et de la restauration alors que le revenu avec invalidité est basé sur le secteur tertiaire des services et tient compte d'une incapacité de travail de 20% ainsi que d'un abattement de 15% ; l'évaluation du 18 février 2018 (TAF pce 10 annexe 4) fait état d'un taux

d'invalidité de 32% ; le revenu sans invalidité a été déterminé en fonction des revenus du secteur des services entier.

9.

9.1 Sur le volet médical, l'OAIE et ses médecins se sont basés sur les conclusions des expertises pluridisciplinaires qui ont eu lieu du 27 au 30 juin 2016 au O. _____ ainsi que chez le Dr S. _____ (AI pces 154 et 171). Le recourant conteste la valeur probante de ces expertises.

9.2 Au regard des exigences jurisprudentielles (cf. consid. 7.2.1), le TAF constate que les médecins du O. _____, dans le rapport d'expertise du 3 août 2016 (cf. AI pce 154 pp. 3 à 8), font en détail état du dossier médical constitué qu'ils ont résumé ainsi que des informations communiquées par l'assuré s'agissant de son histoire médicale, ses plaintes actuelles au niveau de la médecine interne, cardiologique, psychique, ses habitudes et sa situation personnelle, familiale et socioprofessionnelle (pp. 9 à 17 du rapport). Les experts ont ensuite exposé les résultats de leurs examens cliniques concernant le status de la médecine interne, lequel a en particulier inclus celui abdominal, neurologique et ostéo-articulaire, ainsi que le status cardiologique et le status psychique. Leurs examens cliniques ont été complétés par l'étude des radiographies de la colonne lombaire face et profil du 14 janvier 2015, des examens en laboratoire du 4 juillet 2016, du test d'effort et de l'échocardiographie du 30 juin 2016 ainsi que du CT-scan thoraco-abdomino-pelvien injecté du 1^{er} juillet 2016 dont ils ont exposé les résultats (pp. 17 à 23). Ensuite, les experts ont avancé leur synthèse et discussion (pp. 23 à 27) et répondu aux questions relatives aux diagnostics et capacités de travail de l'assuré (pp. 27 s.). Le Dr S. _____, pour sa part, dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2016 (AI pce 171), a initialement posé les diagnostics du point de vue pneumologique ainsi que les comorbidités cardiovasculaires et les autres atteintes (pp. 1 et 2). Il a également décrit les résultats des examens complémentaires concernant les fonctions pulmonaires complètes du 27 juin 2016 et du CT-scan thoraco-abdomino-pelvien du 1^{er} juillet 2016 et décrit les antécédents du recourant ainsi que ses plaintes actuelles (pp. 2 et 3). Il a ensuite présenté le résultat de son examen clinique et ses conclusions (pp. 3 s.) et précisé les diagnostics sous l'angle de l'appréciation de leur incidence sur la capacité de travail (p. 4). Le Dr S. _____ s'est encore déterminé concernant les interactions des diagnostics, la proposition du traitement, la cohérence et la capacité de travail (pp. 4 et 5).

Ainsi, ces rapports d'expertise font état d'un examen très fouillé de l'état de santé de l'assuré tel qu'exigé par l'arrêt C-4943/2013 cité du Tribunal. Du reste, il est incontesté que les Drs P._____, médecine interne, Q._____, psychiatre et psychothérapeute, R._____, cardiologue, et S._____, pneumologue, disposent des spécialisations médicales nécessaires pour prendre, en tant qu'experts, position sur les troubles de l'assuré.

Il sied d'examiner si les conclusions des experts sont, de surcroît, convaincantes et bénéficient, partant, de la pleine valeur probante.

9.3

9.3.1 Sur le plan somatique et concernant la situation présente jusqu'au 8 juin 2018 lorsque la décision querellée a été rendue, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal (cf. consid. 3.2), les experts du O._____ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques et des troubles dégénératifs étagés, une hernie discale L4-L5 gauche (2015), une claudication intermittente résiduelle après cure d'anévrisme abdominal sous-rénal, rompu en juillet 2010, une endoprothèse et un pontage fémoro-fémoral en juillet 2010 (AI pce 154 p. 27). Le Dr S._____ a, en outre, fait état d'une thrombose complète de l'endoprothèse primitive gauche et d'un anévrisme de l'artère iliaque primitive gauche (selon CT-scan thoraco-abdomino-pelvien du 1er juillet 2016) ainsi que d'une BPCO débutante (AI pce 171 pp. 1 et 4). Sans conséquence sur la capacité de travail, les experts du O._____ ont retenu une consommation d'alcool à risque, une maladie de reflux sous traitement, une hypertension artérielle et une dyslipidémie (AI pce 154 p. 27), et le Dr S._____ a, de plus, mentionné un emphysème centro-lobulaire et sous-pleural (1 % du volume pulmonaire total, selon CT-scan thoraco-abdomino-pelvien du 1^{er} juillet 2016), un tabagisme chronique actif (UPA), une maladie polyvasculaire, une stéatose hépatique (selon CT-scan thoraco-abdomino-pelvien des 5 avril 2012 et 1^{er} juillet 2016), un diabète sucré non insulino-dépendant, une tonsillectomie à l'âge de 17 ans, une paralysie faciale à l'âge de 30 ans et une notion de crises de goutte occasionnelles (AI pce 171 pp. 1, 2 et 4).

9.3.2 Les experts ont indiqué sur le plan de la médecine interne que l'assuré n'était plus tellement gêné par la claudication intermittente de la fesse droite puisqu'il pouvait désormais marcher sur près de 1'000 m habituellement et que l'endoprothèse aortique et iliaque primitive était perméable sur l'imagerie médicale du 1^{er} juillet 2016. En revanche, l'assuré se plaignait

de lombalgies chroniques avec douleurs et ankylose lors de longues positions debout ou assises et avait de la difficulté à tenir des activités en flexion antérieure du tronc. Cela étant, les experts ont exposé que l'examen clinique était plutôt rassurant et qu'objectivement il n'y avait même pas de syndrome lombo-vertébral. Répondant aux questions de l'assuré, ils ont précisé dans le complément du 24 avril 2017 que cliniquement il n'y avait pas de raideur, de limitation de la mobilité rachidienne, ni de contracture palpable ou visible (AI pce 183). De plus, selon les experts, l'examen neurologique n'identifiait pas de déficit significatif. Les experts ont aussi relevé qu'une insuffisance rénale, inconnue jusqu'alors, avait été détectée lors de leurs examens laquelle méritait un suivi attentif et un traitement adéquat mais qu'elle était asymptomatique et n'engendrait pas de limitations fonctionnelles (AI pce 154 pp. 23 à 25). Ils ont, en outre, précisé que l'examen clinique n'identifiait pas de complications en rapport avec un éventuel diabète et qu'en particulier il n'existait pas d'argument en faveur d'une neuropathie. Dans le complément du 24 avril 2017, ils ont, de surcroît, remarqué que l'arthrite goutteuse dont l'assuré souffrait occasionnellement était sans impact durable sur la capacité de travail, une crise ne durant en général que quelques jours (AI pce 183). Concernant les vomissements pratiquement quotidiens dont l'assuré se plaignait, les experts ont encore rapporté que l'origine était inconnue mais que le médecin traitant qui avait évoqué une dyspepsie n'avait pas fait état d'altération de l'état général. Enfin, ils ont noté que l'abus d'alcool dont certains rapports faisaient état était contesté par l'assuré bien que certains résultats aient donné des indications dans ce sens. Toutefois, il n'y avait pas morphologiquement d'anomalie des voies biliaires, le foie apparaissait homogène à l'échographie de mars 2012, le pancréas était sans lésion et qu'il n'avait pas d'ascite. Par contre, en avril 2012 et le CT abdominal du 1^{er} juillet 2016 indiquaient une hypodensité diffuse compatible avec une stéatose hépatique (AI pce 154 p. 24).

Sur le plan cardiologique, les experts ont noté que la situation semblait stable sous le traitement – depuis l'intervention du 5 juillet 2010 – et que les palpitations étaient peu gênantes (AI pce 154 pp. 23 à 25). Le 24 avril 2017, ils ont souligné qu'ils n'avaient pas observé une atteinte cardiaque et que la tachycardie présentée par l'assuré ne serait pas le fait d'une arythmie et que l'essoufflement dont l'assuré se plaignait également n'avait pas une origine cardiaque (AI pce 183).

Sur le plan pneumologique, le Dr S. _____ a remarqué que sur la base des éléments anamnestiques, des fonctions pulmonaires et de l'imagerie médicale laquelle permettait d'ailleurs d'écarter une maladie thrombo-embolique aiguë ou chronique, l'assuré souffrait d'une broncho-pneumopathie

chronique obstructive (BPCO) débutante, secondaire au tabagisme. De plus, il a remarqué que cette atteinte pouvait expliquer tout ou une partie de la dyspnée dont l'assuré se plaignait. Les symptômes liés aux problèmes vasculaires artérielles et du rachis lombaire ainsi que l'état dépressivo-anxieux pourraient aussi participer à la sensation de dyspnée et majorer la perception que le patient peut avoir de sa BPCO. L'expert avait encore noté que l'atteinte respiratoire fonctionnelle restait discrète et les anomalies radiologiques minimales. Il était alors d'avis que la BPCO débutante avait peu ou pas d'incidence sur la capacité de travail (AI pce 171 pp. 3 s.).

9.3.3 Pour conclure, les experts du O. _____ ont admis que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles en raison de son problème de dos et de l'atteinte cardio-vasculaire. Ils ont attesté que la limitation du périmètre de marche était à 500 m et que l'assuré devait éviter des déplacements rapides, des activités nécessitant le passage d'escalier, l'utilisation d'échelle ou d'escabeau, des longues positions statiques immobiles et le port de charge au-delà de 5 kg, des travaux en porte-à-faux ou de longue flexion antérieure du tronc. Sur le plan de la capacité de travail, ils ont noté que l'ancienne activité de sommelier avec déplacements fréquents et rapides n'était plus envisageable depuis le 5 juillet 2010 lorsque l'assuré avait subi la rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale. Par contre, dès octobre 2010, trois mois après l'intervention du 5 juillet 2010, l'assuré pouvait exercer une activité respectant les limitations fonctionnelles et que sa capacité de travail était de 100% (AI pce 154 p. 27 s.).

Le Dr S. _____ a attesté en raison de la BPCO débutante une capacité de travail résiduelle de 80% à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici (AI pce 171 p. 5).

9.3.4 Les médecins de l'OAIE ont confirmé les conclusions des experts (réponses des 3 décembre 2016, 11 janvier et 18 août 2017 du Dr U. _____; AI pces 175, 179 et 195). La Dresse V. _____ a encore estimé qu'au vu du cumul des pathologies dont l'assuré souffrait, une diminution de rendement de 20% paraissait justifiée (réponse du 21 novembre 2017; AI pce 199). De plus, elle a précisé que les experts ont tenu compte du problème de dos en tant que diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail mais que par ailleurs, une intervention n'était pas nécessaire et que l'exercice d'une activité adaptée exigible. Ce médecin s'est en outre déterminée relativement aux résultats des examens des 25 août 2016 et 23 octobre 2017, versés en cause par l'assuré suite au projet de décision du 22 décembre 2017 et lesquels ont notamment objectivé un rein

gauche atrophique sans autre lésion significative ainsi qu'une stéatose hépatique diffuse modérée, respectivement une stéatose hépatique, sans lésion focale ainsi qu'une atrophie partielle du rein gauche et une dilatation anévrysmale de l'aorte sous-rénale (AI pce 205). Dans sa prise de position du 15 mai 2018, la Dresse V. _____ a avancé que ces documents n'apportaient pas d'élément nouveau, l'insuffisance rénale qui a été relevée lors de l'expertise médicale était asymptomatique et ne justifiait donc pas d'incapacité de travail et que la stéatose hépatique était également déjà connue (TAF pce 208).

9.3.5 Au regard de ce qui précède, le TAF estime que les diagnostics et conclusions des experts, fondés sur un examen très approfondi du dossier médical et de la personne de l'assuré (cf. consid. 9.2 ci-dessus) sont motivés d'une manière circonstanciée. Les experts ont également répondu d'une façon claire aux questions de l'assuré (courrier du 6 février 2017; AI pce 180) concernant son problème de dos, les tachycardies et l'arthrite goutteuse au pied droit et ils ont apporté tout comme la Dresse V. _____ de l'OAIE des précisions utiles (AI pces 183 et 199).

De plus, les conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assuré tiennent compte des limitations observées dues aux atteintes cardiovasculaires et du dos – ce que la Dresse V. _____ a souligné à juste titre (AI pce 199) – et elles sont cohérentes et convaincantes. Par ailleurs, même si le Tribunal concernant la limitation de marche retenait pour une première période, à l'instar du Dr H. _____ de l'OAIE dans son avis du 28 juin 2012 (AI pce 20), une limitation à 100 m, eu égard aux premiers rapports médicaux qui avaient rapporté une claudication fessière à 300 m (cf. rapports des 25 janvier 2011 de la Dresse C. _____ [AI pce 1] et 8 mars 2011 du Dr D. _____ [AI pce 2] ainsi que rapport médical détaillé E 213 du 26 janvier 2012 du Dr F. _____ [AI pce 6]) laquelle s'est améliorée depuis lors (cf. consid. 9.3.2), cette limitation plus importante n'aurait pas empêché l'assuré de poursuivre une activité adaptée (voir notamment l'avis cité du Dr H. _____; AI pce 20).

A l'instar de la Dresse V. _____ (AI pce 199) et contrairement au grief de l'assuré, le TAF remarque en outre que l'incapacité de travail de 20% admise d'un point de vue pneumologique dans l'activité habituelle, que ce soit celle de serveur ou de sommelier, n'influence pas l'incapacité de travail entière retenue par les experts du O. _____ pour cette même activité habituelle. De surcroît, elle n'a pas de conséquence sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée. Du reste, le Dr S. _____

a expliqué que l'atteinte pulmonaire débutante n'était que discrète (cf. consid. 9.3.2).

Plus encore, le TAF n'a pas de raisons de mettre en cause la diminution de rendement de 20% attestée par la Dresse V. _____ au regard du cumul des diverses pathologies que l'assuré présente.

Enfin, le Tribunal constate que ce médecin a expliqué d'une manière convaincante que les rapports médicaux produits durant la procédure d'audition n'ont pas apporté d'éléments nouveaux (cf. consid. 9.3.4). En effet, les experts ont attesté et examiné l'insuffisance rénale et la stéatose hépatique que l'assuré présentait (cf. consid. 9.3.1 et 9.3.2).

9.3.6 Dans cette situation, il appartient au recourant d'expliquer pour quelle raison sa version selon laquelle il présenterait des limitations plus importantes et une incapacité de travail complète ou totale au-delà du délai d'attente d'une année depuis l'intervention du 5 juillet 2010 (cf. art. 28 al. 1 LAI, consid. 5.2) serait convaincante (voir consid. 7.2.2). Or, il n'apporte aucun élément concret et se contente d'avancer que les conclusions des experts au niveau de la capacité de travail résiduelle sont dénuées de logique et infondées. En particulier, il n'apporte aucune preuve selon laquelle les limitations retenues par les experts (consid. 9.3.3), auxquelles il se réfère expressément dans son recours (TAF pce 1), devraient l'empêcher de poursuivre une activité adaptée. D'ailleurs, l'assuré ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait qu'il touche une rente d'invalidité espagnole pour incapacité permanente totale (AI pce 36). En effet, le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.3) et l'OAIE peut s'écarter des décisions des assurances étrangères.

9.3.7 En conséquence, d'un point de vue somatique, les expertises médicales bénéficient de la pleine valeur probante.

9.3.8 Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a encore transmis des rapports médicaux qui font état des nouvelles interventions chirurgicales qui ont eu lieu en juillet 2019 et janvier 2020 en raison de l'élargissement d'un anévrisme iliaque gauche et ayant comporté une embolisation hypogastrique gauche et une embolisation de l'artère iliaque primitive gauche (cf. le rapport de sortie du 24 janvier 2020; TAF pce 14 annexe). Au regard des autres documents encore versés par l'assuré (TAF pce 12 annexes 56 à 59), une opération a éventuellement également été pratiquée en janvier 2019. Or, ces traitements chirurgicaux sont intervenus après la

décision du 8 juin 2018 laquelle limite le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps. Partant, ils ne sont pas déterminants dans la présente procédure et devront faire l'objet d'une nouvelle décision (cf. consid. 3.2). Par ailleurs, la Dresse V._____, se prononçant sur le rapport du 5 novembre 2018 du Dr B._____ lequel avait observé une augmentation importante du sac anévrysmal iliaque gauche (TAF pce 8 annexe 52), a confirmé que les nouveaux éléments pouvaient modifier la situation postérieure à la décision (TAF pce 10 annexe 2). Il appartiendra alors à l'OAIE de prendre les mesures d'instructions nécessaires.

9.4

9.4.1 Sur le plan psychique, l'expert du O._____ a retenu une dysthymie à début tardif (F34.1) et des autres troubles anxieux phobiques (F40.8), présents depuis l'automne 2010. Il a estimé que ces troubles ne justifient pas d'incapacité de travail.

9.4.2 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la dysthymie n'est en soi en principe pas invalidante. Toutefois, elle est susceptible d'entraîner une diminution importante de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (cf. ATF 143 V 418 consid. 8.1 et 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2). Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent de règle générale faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 6.2.2; TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4).

Pour les raisons exposées ci-après, le Tribunal est d'avis que les conclusions de l'expert psychiatre qui ne retient aucune incapacité de travail ne sont pas concluantes en l'état du dossier, faute d'une appréciation globale de l'atteinte de l'assuré et d'une motivation satisfaisante.

9.4.3 D'une part, le TAF remarque que le diagnostic de dysthymie n'est pas suffisamment explicité alors que la jurisprudence a précisé que l'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1) mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

Une dysthymie, selon le système de classement CIM-10 (F34.1), est un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33). Ce dernier est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32) pendant lequel, selon le CIM-10, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques, par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

En l'occurrence, l'expert, en concluant à la dysthymie, a certes exposé que la symptomatologie dépressive chronique de l'assuré était légère depuis l'événement déclencheur de 2010 aussi concernant les conséquences sur la vie de l'assuré (AI pce 154 p. 26). Toutefois, ces remarques s'avèrent insuffisantes ; en particulier, l'expert a omis d'expliquer les raisons pour lesquels il a exclu notamment le diagnostic proche d'un trouble dépressif récurrent, d'épisode léger, moyen ou sévère (cf. ci-dessus) alors que le rapport d'expertise fait état de plusieurs critères pertinents à la base d'un tel diagnostic, soit une inappétence avec perte de poids de 10 kg depuis 2010 – l'expert a aussi remarqué que l'assuré était plutôt mince (AI pce 154 p. 20) – un sommeil perturbé, une fatigue et fatigabilité, une estime et sa confiance effondrée depuis que l'assuré ne travaille plus et qu'il ne fait plus rien de ses journées, un sentiment de diminution physique et d'inutilité, des idées suicidaires une fois par semaine et un manque de courage pour prendre des médicaments ainsi que différents facteurs de stress, tels la séparation des parents à 2 ans, le fait de ne pas avoir connu son père qui est décédé il y a une vingtaine d'année, son divorce à 27 ans, des conflits autour du droit de visite de son fils, le décès de sa mère en 2007 et la

rupture de contact avec son fils depuis 2 ans (Al pce 154 pp. 25 s.). Le cas échéant, il aurait été utile de prendre également position sur les rapports psychiatriques se trouvant dans le dossier, soit le rapport du 14 septembre 2012 du Dr I. _____ lequel avait avancé un trouble dépressif majeur (Al pce 29) et les prises de position des 16 avril et 19 juin 2013 du Dr J. _____ qui a mentionné une symptomatologie anxio-dépressive (Al pces 40 et 46).

9.4.4 D'autre part, s'agissant de l'appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle, l'évaluation de l'expert n'est pas fouillée et manque de motivation. En effet, alors qu'il a avancé, au regard des indicateurs jurisprudentiels (cf. consid. 6.2.2), des limitations – l'inactivité relative de l'assuré, son humeur légèrement déprimé (tristesse, estime et confiance abaissée, inquiétude concernant une nouvelle rupture d'anévrisme), la fixation de la pensée sur son extrême fatigue et fatigabilité l'empêchant de travailler et de vivre normalement, le sentiment d'inutilité – ainsi que des ressources – l'assuré n'est pas replié socialement, est bilingue, a une longue expérience professionnelle, a fait preuve d'esprit d'initiative en travaillant comme indépendant (comme chauffeur de taxi et gérant d'un restaurant et d'une pizzeria) – il n'explicite pas la pondération de ces éléments ainsi que ceux inhérents à la symptomatologie anxieuse également observée. Dès lors et compte tenu de la jurisprudence citée relative au diagnostic de la dysthymie (cf. consid. 9.4.2), sa conclusion selon laquelle l'assuré n'a présenté aucune incapacité de travail alors qu'il ne travaille plus depuis le 5 juillet 2010 et s'est montré adéquat et collaborant et n'était ni démonstratif ni majorant (Al pce 154 p. 21; voir aussi 171 p. 1) n'est pas, en l'état du dossier, compréhensible, voire convaincante. Enfin, une discussion portant sur le rapport du 14 septembre 2012 du Dr I. _____ (Al pce 29) et les prises de position des 16 avril et 19 juin 2013 du Dr J. _____ (Al pces 40 et 46) aurait également été utile.

9.4.5 Par conséquent, d'un point de vue psychiatrique, l'expertise médicale ne bénéficie pas de la pleine valeur probante et le Tribunal ne saurait retenir en l'état du dossier que l'assuré a présenté dans une activité adaptée une capacité de travail résiduelle entière. Un complément d'instruction est nécessaire sur ce volet.

9.5 En conclusion, sur le plan somatique et s'agissant de la situation déterminante lorsque la décision du 8 juin 2018 a été émise, les expertises médicales bénéficient de la pleine preuve probante (consid. 9.3.7). Ainsi, il

est établi selon la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.3) que l'assuré présentait dès octobre 2010, une capacité de travail entière avec un rendement réduit de 20% dans une activité respectant les limitations retenues (consid. 9.3.5). Toutefois, sur le volet psychiatrique, l'état de santé de l'assuré et son incidence sur la capacité de travail n'ont pas encore été déterminés d'une manière suffisante (consid. 9.4.5). Le dossier est lacunaire et la capacité de travail résiduelle de l'assuré, compte tenu de l'ensemble de son état de santé, doit encore être évaluée. Par ailleurs, pour la période postérieure au 8 juin 2018, les nouveaux rapports médicaux font état d'une modification de l'état somatique que l'OAIE doit instruire (consid. 9.3.8).

10.

Au regard de ce qui précède, le TAF ne peut pas se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité de l'assuré et sur son droit à une rente d'invalidité. Il n'est, partant, pas indiqué de se déterminer sur les griefs du recourant s'agissant des revenus à comparer.

11.

Compte tenu de tout ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours. La décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'OAIE en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'il est procédé à des instructions complémentaires. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'OAIE a omis d'instruire l'état de santé psychique de l'assuré ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de celui-ci d'une façon suffisante. Dans la mesure où l'Office devra suite au renvoi de l'affaire actualiser le dossier médical à la date de la nouvelle décision à rendre (cf. art. 43 al. 1 LPG; notamment : TF 9C_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1; 9C_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4) et, partant, tenir compte d'une éventuelle modification déterminante de la situation au niveau somatique (cf. consid. 9.5), une nouvelle mise en place d'une nouvelle expertise médicale bi- ou pluridisciplinaire en Suisse (cf. MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 15) paraît nécessaire. Les médecins devront se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée et déterminer une éventuelle évolution de celle-ci. Sur la base des informations médicales,

l'OAIE examinera ensuite le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en tenant compte notamment du fait que l'assuré, né en 1958, est proche de l'âge de la retraite suisse.

12.

12.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure puisque le recourant est considéré avoir eu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour complément d'instructions et nouvelle décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1; 132 V 215 consid. 6.2; cf. art. 63 al. 1 PA). Dès lors, le montant de 800 francs qu'il a avancé (TAF pces 2 à 4) lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA).

12.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le TAF peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le Tribunal fixe l'indemnité d'office et sur la base du dossier dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2). Concrètement, l'indemnité est déterminée en fonction de l'importance et de la difficulté du litige et, partant, du travail et du temps consacré par le mandataire, sans tenir compte de la valeur litigieuse (cf. art. 61 let. g LPGa par analogie; TF 9C_485/2016 du 21 mars 2017 consid. 3.1).

En l'espèce, le recourant qui a eu gain de cause a été représenté par Y. _____. Il sied donc, de plus, de prendre en compte que le tarif horaire pour les mandataires professionnels n'exerçant pas la profession d'avocat est de 100 francs au moins et de 300 de francs au plus, hors TVA, conformément à l'art. 10 al. 2 FITAF. En conséquence, il apparaît en l'espèce justifié d'octroyer au recourant, à la charge de l'OAIE, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]), une indemnité globale de dépens fixée à 1'800 francs laquelle tient compte de l'importance et de la difficulté du litige ainsi que du travail du mandataire qui a déposé un recours, une réplique, des observations et a produit différents documents.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis.

2.

La décision du 8 juin 2018 est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

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

4.

L'OAIE versera au recourant une indemnité de dépens de 1'800 francs.

5.

Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

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

Expédition :