



Arrêt du 1^{er} novembre 2017

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, David Weiss, juges,
Daphné Roulin, greffière.

Parties

A. _____,
(France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 6 octobre 2015).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant), ressortissant français né le ...1965, a travaillé en Suisse, dans le canton de Neuchâtel, de janvier 2005 au 19 juillet 2013 en qualité de polisseur et d'opérateur dans différentes manufactures horlogères (AI pces 7 p. 1, 40 et 42 p. 1).

B.

En date du 2 août 2011, l'intéressé a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : OAI-NE) en raison d'une incapacité totale de travail qui a débuté le 29 mars 2011 (AI pces 5, 7 et 16). Le médecin traitant de l'intéressé, la Dresse B._____, médecin généraliste à Z._____ en France (ci-après : Dresse B._____), attesta du fait que son patient était en incapacité totale de travail en raison « *d'une tendinopathie calcifiante de l'épaule droite avec souffrance de la coiffe des rotateurs* » combinée avec une épaule gelée (AI pces 16 et 19). Le 22 août 2011, une intervention chirurgicale de l'épaule droite, soit une acromioplastie et un parage calcique, fut pratiquée sur l'intéressé à la suite de laquelle l'évolution de son état de santé fut jugée bonne par la Dresse B._____ (AI pce 22). Ceci fut confirmé, en date du 13 janvier 2012, par l'intéressé qui indiqua à l'OAI-NE avoir retrouvé une capacité de travail de 100% et être en recherche d'emploi à la suite de son licenciement qui avait pris effet le 30 novembre 2011 (AI pce 23). Par décision du 2 avril 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) rejeta la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'intéressé puisque celui-ci avait retrouvé une capacité de travail totale dès le 1^{er} décembre 2011 (AI pce 27). L'intéressé ne fit pas recours contre cette décision.

C.

C.a En date du 13 novembre 2013, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI-NE à teneur de laquelle il indiqua être en incapacité de travail à 100% dès le 15 mai 2013 (AI pces 32 et 34).

C.b A l'appui de sa demande, l'intéressé a produit notamment les documents médicaux suivants :

- différents certificats médicaux établis entre le 8 avril 2013 et le 26 juin 2013 par la Dresse B._____ et par le Dr C._____, médecin

généraliste travaillant au sein du même cabinet que la Dresse B. _____ (ci-après : Dr C. _____), retenant pour diagnostics une arthrose évoluée de la hanche droite ainsi qu'une coxalgie aigue à droite et selon lesquels l'intéressé doit être dispensé de travailler à 100% pour cause de maladie (AI pces 29 et 34) ;

- un rapport médical AI du 8 décembre 2013 complété par la Dresse B. _____ qui a retenu les diagnostics suivants : (i) une coxarthrose à droite d'évolution aigue, (ii) une gonarthrose droite et (iii) un syndrome du muscle piriforme à droite, ces pathologies entraînant une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% dès le 15 mai 2013 (AI pce 41). Ce rapport précise que l'intéressé a subi la pose d'une prothèse totale de la hanche droite le 22 juillet 2013. Cette experte a retenu que l'intéressé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap tenant compte des limitations dues à son état de santé, pouvait effectuer les tâches suivantes (i) exercer une activité qui ne se limite pas à une seule position, (ii) se pencher, (iii) travailler avec les bras au-dessus de la tête, (iv) effectuer des rotations en position assise / debout, (v) monter les escaliers et (vi) soulever / porter des poids de un à deux kilos (AI pce 41) ;
- un rapport médical non daté et non signé du Dr D. _____, rhumatologue à W. _____ en France (ci-après : Dr D. _____), retenant que l'intéressé a une coxarthrose à droite, une gonarthrose, une discopathie L4-L5 avec une petite hernie discale médiane mise en évidence par un scanner lombaire et un syndrome du piriforme droit (AI pce 41) ;
- un rapport médical du 11 octobre 2013 du Dr E. _____, praticien en chirurgie orthopédique et traumatologique du membre inférieur à W. _____ en France (ci-après : Dr E. _____), précisant que l'évolution de la hanche droite à la suite de l'arthroplastie totale que cet expert a pratiquée est « *plutôt satisfaisante* » mais que l'intéressé se plaint de douleurs au niveau de la fesse droite qui évoquent un problème de sciatalgie ainsi que des douleurs au genou droit (AI pce 41). Cet expert indique qu'il existe un début de gonarthrose.

C.c L'intéressé a touché des indemnités journalières pour maladie de la part d'Y. _____, société d'assurance pour la perte de gain, dès le 14 juin 2013 (AI pce 89).

C.d Au cours de l'instruction, l'intéressé a en outre notamment produit les documents médicaux suivants :

- un rapport médical AI du 24 janvier 2014 du Dr E. _____ qui retient pour diagnostic une coxarthrose à droite, que l'intéressé se plaint de douleurs lombaires et qu'il a une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle de juin 2013 à octobre 2013 (AI pce 46). Cet expert indique également que mises à part les restrictions physiques causées par la pathologie à la hanche, il n'y a rien à signaler. Le Dr E. _____ a biffé l'annexe concernant les travaux qui peuvent être exigés de l'intéressé;
- un rapport médical du 17 mars 2014 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie du rachis au centre de chirurgie du rachis et de la moelle épinière de W. _____ (ci-après : Dr F. _____), qui retient que l'intéressé présente une lomboradiculalgie à gauche, des lombalgies permanentes et précise que l'infiltration sous scanner dont il a bénéficié n'a pas permis d'atténuer la douleur. Cet expert souligne aussi que l'IRM lombaire ne relève pas de hernie compressive, ni de discopathie évoluée (AI pce 68) ;
- un courrier du 23 mai 2014 du Dr E. _____ à la Dresse B. _____ indiquant que l'intéressé se plaint de douleurs importantes à la hanche gauche et qu'une arthroplastie totale de la hanche gauche est indiquée (AI pce 89). Cet expert retient par ailleurs que l'examen de la hanche droite de l'intéressé « *est tout à fait satisfaisant* » ;
- un compte rendu opératoire établi par le Dr E. _____ à la suite de l'intervention que cet expert a pratiquée sur l'intéressé le 3 septembre 2014, soit la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche, retenant que ladite intervention s'est déroulée sans incident (AI pce 68) ;
- un courrier du 21 novembre 2014 du Dr E. _____ à la Dresse B. _____ indiquant que l'intéressé présente des sciatalgies bilatérales, que l'examen des deux hanches est satisfaisant malgré une petite inégalité de longueur à droite (1,5 cm) qui doit être compensée par le port d'une semelle orthopédique (AI pce 68). Cet expert ajoute qu'une IRM du rachis lombaire est nécessaire afin de déterminer l'évolution de la hernie discale L4-L5 ;

- un rapport médical AI du 25 novembre 2014 du Dr E. _____ qui retient notamment pour diagnostics une polyarthrose diffuse, une arthrose rachidienne et une coxarthrose bilatérale ainsi qu'une hernie discale, que l'intéressé se plaint de douleurs lombaires et qu'il présente une incapacité de travail de 100% dans la dernière activité et qu'il ne peut pas se tenir debout de façon prolongée ni ne peut porter des charges lourdes (AI pce 65). Cet expert indique que l'intéressé a une « *bonne évolution des deux hanches* » et que le pronostic est bon. Il retient par ailleurs que l'intéressé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap tenant compte des limitations dues à son état de santé, peut effectuer les tâches suivantes : (i) monter les escaliers et (ii) activités uniquement en position assise (AI pce 65);
- un rapport médical AI du 5 décembre 2014 de la Dresse B. _____ qui retient pour diagnostics une coxarthrose bilatérale ayant nécessité la pose d'une prothèse totale de la hanche droite en juillet 2013 et la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche le 3 septembre 2014, une lombosciatalgie bilatérale avec discopathie L4-L5, que l'intéressé présente une incapacité de travail dans la dernière activité de 100% dès le 15 mai 2013 toujours en cours et qu'il ne peut effectuer de portage ni faire de la voiture (AI pce 68). Dite médecin retient par ailleurs que l'intéressé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap tenant compte des limitations dues à son état de santé, peut effectuer les tâches suivantes : activités uniquement en position assise (AI pce 68) ;
- un rapport d'IRM du rachis lombaire du 30 décembre 2014 de la Dresse G. _____, diplômée de Radiodiagnostic exerçant au centre des V. _____ à W. _____ (ci-après : Dresse G. _____), concluant notamment à une petite hernie discale médiane L4-L5, à une anomalie transitionnelle de la charnière lombosacrée avec sacralisation L5 et à une perte de l'hypersignal discal T2 du disque intervertébral L4-L5 (AI pce 73) ;
- un courrier du 5 février 2015 de la Dresse H. _____, rhumatologue à U. _____ en France (ci-après : Dresse H. _____), à la Dresse B. _____ indiquant que l'intéressé souffre d'une lombosciatalgie gauche rebelle et qu'il se plaint de douleurs chroniques à la jambe gauche (AI pce 73) ;
- un rapport médical intermédiaire AI du 27 mars 2015 de la Dresse B. _____ selon lequel il n'y a pas de changement dans les

diagnostics et retenant que l'intéressé souffre toujours de douleurs invalidantes lombaires, d'une cruralgie et d'une sciatgie à gauche impliquant un changement de position fréquent et des déplacements en voiture limités et que l'incapacité de travail est de 100% dans l'activité habituelle depuis avril 2013 (AI pce 77). Quant à la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, il faut attendre le traitement par vertébrothérapie en tractions sur table que doit suivre l'intéressé en avril 2015 ;

- un compte rendu d'hospitalisation daté du 21 avril 2015 du Dr I._____, chef de service en centre orthopédique médico-chirurgical de X._____ en France (ci-après : Dr I._____), à teneur duquel l'intéressé a séjourné dans cette clinique du 7 avril 2015 au 21 avril 2015 pour le traitement d'une lombosciatalgie bilatérale (AI pce 85). Il a notamment pu bénéficier de quatre tractions sur table. Ce compte rendu d'hospitalisation précise que le signe de Lasègue était de 40° à l'entrée de l'intéressé et a disparu à sa sortie ;
- un certificat médical du 18 juin 2015 de la Dresse B._____ faisant suite à l'hospitalisation de l'intéressé au centre orthopédique de X._____ et retenant « *une légère amélioration des douleurs lombaires* » ainsi qu'une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100%, les douleurs persistant à la position debout ou assise prolongée ainsi qu'aux déplacements en voiture et au portage de charge de plus de 3 kg (AI pce 85). Ce certificat médical indique en outre que l'intéressé suit une rééducation de kinésithérapie trois fois par semaine ;
- les certificats médicaux d'arrêt de travail pour une période courant du 8 avril 2013 au 30 novembre 2015 (AI pces 29, 34, 43, 48, 54, 57, 61, 64, 66, 70, 74, 80 et 95).

C.e Par un rapport médical d'expertise orthopédique du 11 février 2014, le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie à T._____ (ci-après : Dr J._____), mandaté par Y._____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : (i) coxarthrose primaire bilatérale traitée par arthroplastie totale de la hanche droite, (ii) coxarthrose débutante-supéro-externe à gauche, (iii) lombosciatalgies non-déficitaires à gauche ; hernie discale médiane L4-L5 ; anomalie transitionnelle, (iv) gonarthrose débutante à droite prédominante au compartiment fémoro-patellaire (AI pce 49 p. 6). Ce rapport médical précise

que l'intéressé se plaint de douleurs lombaires de caractère continu d'intensité variable, de douleurs à la fesse droite et de douleurs au genou droit (AI pce 49 p. 3). Cet expert a ainsi retenu pour l'intéressé, d'une part, une incapacité totale de travail dans l'activité de polisseur dès le 15 mai 2013 et, d'autre part, une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée et tenant compte de ses limitations fonctionnelles dès le 6 février 2014. Le Dr J. _____ a ainsi retenu que l'intéressé, malgré ses douleurs chroniques et la nécessité de changer de position, « *peut travailler dans un métier sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Il doit éviter le port de charges supérieures à 5 kg. Il doit éviter les travaux penché en avant ou porte-à-faux. De courts déplacements à plat sont possibles. Il doit éviter de travailler accroupi ou à genoux. Il doit éviter de monter ou descendre à répétition les escaliers, pentes ou échelles* » (AI pce 49 p. 6). Cet expert a par ailleurs retenu que « *les lésions dégénératives du genou droit et de la hanche gauche vont évoluer progressivement. Une arthroplastie totale de la hanche gauche est à envisager à moyen ou long terme. Une évolution chronique des lombosciatalgies est à craindre* » (AI pce 49 p. 7).

C.f Se fondant sur le rapport médical du Dr J. _____, Y. _____ a informé l'intéressé en date du 25 février 2014 qu'elle lui accordait un délai de transition jusqu'au 30 juin 2014 pour retrouver une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles. Passé ce délai, elle ne lui verserait plus qu'une indemnité journalière de 25% (AI pce 49).

C.g Par courrier du 20 mars 2014, l'OAI-NE a informé l'intéressé que des mesures d'ordre professionnelles ne pouvaient pas être mises en place le concernant et que, dès lors, le droit à la rente serait examiné (AI pce 52).

C.h Par rapport SMR du 12 mai 2014, la Dresse K. _____, médecin SMR dont la spécialisation n'est pas précisée (ci-après : Dresse K. _____), a intégralement repris les conclusions du Dr J. _____ relatives à une incapacité de travail de 100% dès le 15 mai 2013 et à une capacité de travail de 75% tenant compte des limitations fonctionnelles dès le 6 février 2014 (AI pce 55).

C.i Par avis médical SMR du 23 juillet 2015, la Dresse L. _____, médecin SMR dont la spécialisation n'est pas précisée (ci-après : Dresse L. _____), a proposé de suivre intégralement les conclusions du rapport médical SMR du 12 mai 2014 lui-même reprenant les conclusions retenues par le Dr J. _____ dans son expertise orthopédique (cf. AI pces 49 et 55), soit une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès mai

2013 et une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée dès le 6 février 2014 avec une incapacité de travail à 100% entre le 3 septembre 2014 (date de l'intervention pour l'arthroplastie totale de la hanche gauche) et le 25 novembre 2014 (AI pce 92).

C.j Par projet de décision du 4 août 2015, l'OAIE-NE a repris les conclusions contenues dans l'avis médical SMR du 23 juillet 2015 (cf. AI pce 92) et a conclu, en comparant les revenus de l'intéressé avec et sans invalidité, à un degré d'invalidité de 22% qui ne lui ouvre pas le droit à une rente d'invalidité tout en précisant que l'intéressé a la possibilité de faire une demande de mesures d'ordre professionnel (reclassement ; AI pce 94).

C.k Par courrier du 4 septembre 2015, l'intéressé s'est opposé au projet de décision de l'OAI-NE indiquant être toujours en incapacité de travail (AI pce 98).

Il a joint à son opposition un certificat médical de la Dresse B. _____ du 31 août 2015 qui retient que l'intéressé présente des lombosciatalgies bilatérales prédominantes à gauche associées à une hernie L4-L5 (il est précisé que le traitement par tractions sur table suivi au centre de X. _____ entre le 7 avril 2015 et le 21 avril 2015 n'a pas apporté d'amélioration clinique), des douleurs des articulations des hanches bilatérales liées à de l'arthrose qui ont été traitées par la pose de prothèses totale à droite et à gauche. Il est en outre précisé qu'un traitement par antalgiques de pallier 2 avec tramadol 150 LP est institué de façon chronique. Ce certificat médical conclut à une incapacité de travail de 100% et aux limitations fonctionnelles suivantes : les positions assise et debout prolongées sont impossibles et les trajets en voiture de longue distance sont difficiles.

L'intéressé sollicite par ailleurs une expertise médicale de la part du service compétent de l'assurance-invalidité avant que ce dernier ne rende sa décision (AI pce 98).

C.l Par avis médical SMR du 15 septembre 2015, la Dresse L. _____ a maintenu les conclusions de son avis médical SMR du 23 juillet 2015 (cf. AI pce 92 ; AI pce 101).

C.m Par décision du 6 octobre 2015, l'OAIE a conclu au fait que l'intéressé n'avait pas droit à une rente d'invalidité (AI pce 105). L'OAIE a en effet retenu que l'intéressé disposait d'une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et d'une capacité de 75% dans une activité adaptée respectueuse des limitations fonctionnelles et présentait un degré d'invalidité

de 22% qui ne lui donnait pas le droit à une rente d'invalidité et a par ailleurs indiqué que l'intéressé pouvait prendre contact avec le service de réadaptation pour la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (reclassement).

D.

D.a Le 6 novembre 2015 (timbre postal), l'intéressé a interjeté un recours devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée concluant à l'annulation de ladite décision (TAF pce 1). A l'appui de son recours, l'intéressé indique être en incapacité de travail de 100% depuis le 15 mai 2013. L'intéressé note que sa demande d'une expertise médicale de la part des services compétents de l'assurance-invalidité est restée sans réponse (cf. AI pce 98). Il conteste par ailleurs l'impartialité de l'expertise orthopédique du Dr J._____ (cf. AI pce 49) arguant que celui-ci serait en situation de dépendance économique à l'égard de Y._____. Il joint notamment le document médical suivant :

- un certificat médical du 5 novembre 2015 de la Dresse B._____ dont les conclusions sont identiques à celles du certificat médical du 31 août 2015 établi par cette praticienne, soit une incapacité de travail de 100% et l'impossibilité de rester assis ou debout de façon prolongée ainsi que la difficulté à subir des trajets en voiture de longue distance.

D.b A la suite de la décision de l'OAIE, le recourant a transmis des certificats médicaux d'arrêt de travail pour une période courant du 26 novembre 2015 au 8 mai 2016 (AI pces 106, 112, 117 et 122).

D.c Le 27 novembre 2015, le recourant s'est acquitté d'une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.- (TAF pces 2 et 4).

D.d Par réponse du 4 janvier 2016, l'OAIE a indiqué ne pas avoir d'observation à l'égard du recours et a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée, suivant ainsi la prise de position de l'OAI-NE du 21 décembre 2015 (TAF pce 6).

D.e Par réplique du 5 février 2016 (timbre postal), le recourant a réitéré sa conclusion d'annuler la décision du 6 octobre 2015 (TAF pce 9). Il a indiqué par ailleurs avoir subi une opération chirurgicale du dos le 19 janvier 2016 à la suite de laquelle il est en incapacité de travail jusqu'au 29 février 2016. Par ailleurs, il a transmis au Tribunal les documents médicaux suivants :

- un compte rendu opératoire du Dr M. _____, neurochirurgien et spécialiste en chirurgie du rachis à S. _____ en France (ci-après : Dr M. _____) relatif à l'intervention subie par l'intéressé le 19 janvier 2016, soit une ligamentoplastie L4/L5 (TAF pce 9) ;
- un courrier du 25 janvier 2016 du Dr M. _____ à la Dresse B. _____ indiquant que les suites post-opératoires de l'intervention du 19 janvier 2016 ont été simples, que l'évolution du patient est favorable et que la mobilisation du patient n'a pas posé de problème (TAF pce 9).

D.f Par duplique du 29 février 2016, l'OAIE a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, suivant ainsi la prise de position de l'OAIE-NE du 24 février 2016 selon laquelle la réplique du recourant n'appelait pas d'observation (TAF pce 12).

D.g Par ordonnance du 7 mars 2016, le Tribunal administratif fédéral a clôturé l'échange d'écritures (TAF pce 13).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par l'OAIE. En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, 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 ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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 expressément à la LPGA.

1.3 En l'occurrence, interjeté en temps utile et dans les formes légales (art. 60 LPGA et 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 59 LPGA), qui s'est acquitté de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA et art. 21 al. 3 PA), le recours du 6 novembre 2015 (timbre postal) est recevable, quant à la forme.

Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine (AI pce 32) et travaillait en Suisse (AI pces 7 et 30), il doit être qualifié de frontalier (cf. AI pce 33) si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestation de l'assurance-invalidité a été menée par l'OAI-NE et la décision de refus notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] ; AI pces 94, 99, 103 et 105).

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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 ; voir aussi arrêt du TF 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant

antérieur à ladite décision (ATF 130 V 445 consid. 1.2 ; voir également arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

2.2 En l'occurrence, vu la première décision de refus de rente d'invalidité du 2 avril 2012, la nouvelle demande de prestation du 11 novembre 2013 et la décision litigieuse du 6 octobre 2015, les dispositions légales en vigueur dans leur teneur au 2 avril 2012 et les éventuelles modifications législatives jusqu'au 6 octobre 2015 sont applicables. Etant donné que la modification de la LAI du 1^{er} janvier 2014 (RO 2011 5659), n'a apporté aucun changement notable concernant la définition de l'invalidité, son mode de calcul, le début du versement de la rente et les conditions de la révision de celle-ci, les dispositions légales citées ci-après le seront dans leur teneur au 1^{er} janvier 2014.

2.3 L'intéressé est un ressortissant français résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne. S'agissant du droit international, l'accord entre la Confédération 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 réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi 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 (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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2012, consid. 2.2). Ces règlements sont applicables *in casu* (arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC ; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004 ; ATF 130 V 257, consid. 2.4 ; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

3.

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et les preuves d'office et

librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2013, p. 25 n° 155, KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^{ème} éd., 2013, n°s 154 ss).

4.

In casu, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision attaquée du l'OAIE du 6 octobre 2015, par laquelle il a été dénié tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité à l'intéressé en raison du fait que ce dernier ne présentait pas un taux d'invalidité suffisant au sens de la LAI pour ouvrir un droit à une rente (annexe TAF pce 1).

5.

5.1 La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente déposée le 2 août 2011 auprès de l'OAI-NE pour une tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (AI pces 7 et 16). Par décision du 2 avril 2012, l'OAIE a rejeté la demande de prestation de l'assurance-invalidité précitée au motif que l'intéressé avait recouvré sa pleine capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2011, soit avant l'échéance du délai de carence. Cette décision, qui n'a pas fait l'objet d'un recours, est entrée en force de chose décidée. La présente affaire se fonde sur un état de fait différent, puisque le recourant a présenté une nouvelle demande de prestation de l'assurance-invalidité le 11 novembre 2013 fondée sur un nouveau diagnostic, à savoir une arthrose évoluée de la hanche droite, et une intervention chirurgicale prévue le 22 juillet 2013 pour la pose d'une prothèse totale de la hanche droite (AI pces 32 et 34).

5.2 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

5.3 Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C-246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 125 V 368 consid. 2 ; ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71).

5.4 En l'espèce, l'OAI-NE est entré en matière sur la nouvelle demande. Par conséquent, le Tribunal administratif fédéral doit déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de l'assuré, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1^{er} mai 2014 (art. 29 al.1 LAI ; cf. la nouvelle demande datée du 11 novembre 2013 [AI pce 32] ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. ATF 140 V 2 consid. 5 et ATF 142 V 547 consid. 3).

6.

6.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois ans au moins (art. 36 LAI).

6.2 En l'occurrence, le recourant a cotisé en Suisse de façon non continue entre 2005 et 2011, totalisant 74 mois de cotisations (AI pce 40), de sorte que la condition liée à la durée minimale de cotisations est remplie. Il reste ainsi à examiner si le recourant est invalide au sens de la loi.

7.

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

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

8.

8.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privées aux invalides. La constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents est un motif de recours (art. 49 let. b PA).

8.2 Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références citées).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en œuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où, la tâche de l'expert est 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 352 consid. 3b ; ATF 118 V 286 consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b ; ATF 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

Les rapports des SMR d'un assureur partie au procès, au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, n° 2920 ss). Ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. La valeur probante de ces rapports présuppose que

le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Si en revanche les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3). Par ailleurs, comme tout expert, les médecins d'un service médical régional doivent disposer des compétences professionnelles nécessaires (arrêt du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3).

8.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs ou des médecins externes mandatés spécialement à cet effet aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de dépendance économique ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral I 592/99 du 13 mars 2000 consid. b/ee). Le Tribunal fédéral a récemment confirmé à cet égard, l'indépendance des COMAI face à l'administration (ATF 137 V 210 consid. 1.3). Au demeurant, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour soulever, dans le cadre d'un recours, un argument quant à un éventuel motif de récusation lorsque celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 V 93 consid. 7.4.2).

9.

9.1 Il convient de relever à titre liminaire que le recourant se plaint du fait que l'autorité inférieure ne se serait pas prononcée sur sa requête relative

à l'établissement d'une expertise médicale effectuée par les services compétents de l'assurance invalidité, expertise nécessaire selon lui pour confirmer l'incapacité totale de travail dont il fait état (cf. TAF pce 1).

9.2 En l'occurrence, il est inexact de soutenir, comme le fait le recourant, que l'autorité inférieure ne s'est pas prononcée sur sa demande d'expertise médicale. Cette dernière a expressément considéré dans sa décision que, au vu du dossier, il n'était pas nécessaire « *de diligenter une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale* » (cf. AI pce 105). Est une autre question de déterminer si c'est à bon droit que l'autorité inférieure n'a pas jugé nécessaire d'ordonner de complément d'instruction au vu de l'état de fait de la cause. Cette question sera examinée dans les considérants qui suivent.

10.

10.1 Le 2 avril 2012, aux termes d'une première décision, l'autorité inférieure avait rejeté la demande de prestations déposée le 2 août 2011 par le recourant dans la mesure où celui-ci avait recouvré une capacité de travail totale dès le 1^{er} décembre 2011 et ne présentait à cette date plus aucune restriction physique, mentale ou psychique, ce qu'il avait d'ailleurs admis (cf. AI pces 21, 23 et 27). Dans le cadre de cette première demande, l'atteinte à la santé se situait au niveau de l'épaule droite (notamment tendinopathie calcifiante, AI pces 16 et 19 ; opération le 22 août 2011, acromioplastie et parage calcique, AI pce 22).

10.2 A l'appui de sa nouvelle demande datée du 11 novembre 2013, le recourant fait état, documents médicaux à l'appui, d'une nouvelle pathologie au niveau – en résumé – de la hanche (AI pces 32 et 34). Ainsi, les troubles de santé à l'origine de la deuxième demande de prestations relèvent d'atteintes non existantes (ou du moins pas soulevées) au moment de la première demande. Les documents médicaux produits lors de la présente procédure comprennent notamment des certificats médicaux établis par la Dresse B. _____ attestant en avril 2013 d'incapacités de travail totales de courte durée en raison de vertiges (AI pces 29 et 34). A partir du 14 juin 2013, le recourant a touché des indemnités de l'assurance-maladie perte de gain d'Y. _____ fondées sur une première attestation de sinistre établie par la Dresse B. _____ le 26 juin 2013. Dit médecin pose ainsi le diagnostic d'arthrose évoluée de la hanche droite et atteste que, le traitement ayant débuté le 15 mai 2013, le recourant est en arrêt de travail à

100% depuis cette date. Par ailleurs, elle expose qu'une intervention chirurgicale est prévue le 22 juillet 2013 pour la pose d'une prothèse totale de la hanche droite (AI pce 34).

10.3 En date du 6 février 2014, l'assureur maladie perte de gain Y. _____ a fait procéder à une expertise médicale orthopédique auprès du Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a vu à cette date le recourant (AI pce 49). Dans son rapport d'expertise daté du 11 février 2014, le Dr J. _____ pose les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : coxarthrose primaire bilatérale traitée par arthroplastie totale de la hanche droite, coxarthrose débutante supéro-externe à gauche, lombosciatalgies non-déficitaires à gauche, hernie discale médiane L4-L5, anomalie transitionnelle et gonarthrose débutante à droite prédominante au compartiment fémoro-patellaire. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le patient souffre, selon ce même médecin, d'hypertension artérielle en traitement, de tabagisme chronique et d'une pré-obésité avec un BMI à 30.5. Par ailleurs, il indique que les vertiges ont été guéris avec des manipulations et que le patient est asymptomatique à ce niveau. La capacité de travail dans l'activité habituelle est évaluée à 0% depuis le 15 mai 2013 et, en raison de douleurs chroniques, à 75% dans une activité adaptée à partir du 6 février 2014, à savoir un métier sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel le recourant puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise, éviter le port de charge supérieures à 5 kg, les travaux penché en avant, en porte-à-faux, accroupi ou à genoux, de monter à répétition les escaliers, pentes ou échelles ; de courts déplacements à plat sont possibles. Le Dr J. _____ mentionne de plus qu'il est probable que les lésions dégénératives du genou droit et de la hanche gauche vont s'aggraver progressivement et qu'une évolution chronique des lombosciatalgies est à craindre. L'expertise a entièrement été confirmée par la Dresse K. _____ dans son rapport SMR du 12 mai 2014 (AI pce 55), rapport qui cependant se borne à reprendre les conclusions du Dr J. _____ telles quelles sans les discuter ni les mettre en perspective avec les avis médicaux des médecins qui suivent le recourant, notamment la Dresse B. _____, médecin traitant du recourant, et le Dr E. _____ qui a pratiqué l'arthroplastie totale de la hanche droite.

10.4 En date du 3 septembre 2014, le recourant a subi une intervention chirurgicale pour la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche (cf. compte rendu opératoire (non daté) ; AI pce 89). Après cette date, différents médecins attestent de douleurs invalidantes au niveau des hanches

et des lombaires (AI pces 65, 68, 73, 77, 85 et 98) et confirment les diagnostics de coxarthrose bilatérale et d'une hernie discale L4-L5 (AI pces 65, 73 et 98). Un médecin fait état de douleurs chroniques à la jambe gauche (AI pce 73). Par ailleurs, tous les médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail ont retenu que celle-ci était de 0% dans l'activité habituelle de polisseur (AI pces 41, 46, 49, 55, 65, 68, 85 et 98).

11.

11.1 La décision du 6 octobre 2015 de l'OAIE se fonde principalement sur l'avis médical SMR du 23 juillet 2015 établi par la Dresse L._____, laquelle fonde ses conclusions sur l'expertise orthopédique du Dr J._____ du 11 février 2014, considérant que la situation médicale du recourant en juillet 2015 était identique à celle de février 2014 (AI pce 92). Elle retient ainsi une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, réduisant cependant la liste des limitations fonctionnelles à respecter par rapport à celles de l'expertise précitée.

11.2 Le rapport d'expertise orthopédique du 11 février 2014 établi par le Dr J._____ a pleine valeur probante. En effet, ce rapport médical a été rédigé à la suite d'une visite clinique du recourant qui a eu lieu le 6 février 2014. Le médecin, qui est d'ailleurs spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a tenu compte des plaintes subjectives du recourant et s'est fondé sur des examens cliniques complets en pleine connaissance de l'anamnèse. De plus, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale y sont claires et les conclusions auxquelles aboutit l'expert sont précises et motivées (AI pce 49). Quant à l'allégation du recourant que l'expert n'aurait pas été impartial à son égard en raison du lien économique qui le lie à l'assureur maladie perte de gain par le mandat d'expertise octroyé, cette argumentation ne saurait être suivie. D'une part, le recourant n'apporte aucun élément concret permettant ne serait-ce que de douter de l'impartialité du Dr J._____. D'autre part, ce n'est qu'au stade du recours que le recourant s'est plaint, *a posteriori*, d'une violation formelle de ses droits sans démontrer en quoi cette violation est de nature à remettre en question la valeur probante de l'expertise orthopédique (TAF pce 1).

11.3

11.3.1 L'avis médical SMR du 23 juillet 2015 établi par la Dresse L._____, quant à lui, n'a pas valeur probante. En effet, il ne fait pas état de la spécialisation de cette praticienne. Il est toutefois établi que la Dresse

L. _____ est un médecin généraliste spécialisé en tabacologie, alcoologie et gériatrie (cette information est librement disponible notamment sur les sites Internet suivants : http://lemedecin.fr/pontarlier/chi-hc-site-rives-du-doubs-pontarlier/medecin-generaliste/docteur-L._____-valerie/10001734937/98889531635/, http://www.doctoralia-fr.com/medecin/L._____-valerie-10426371, <http://www.pagesjaunes.fr/annuaire/pontarlier-25/medecins-tabacologues>, https://www.keskeces.com/medecin/valerie-L._____-25300-pontarlier.html). Or, le recourant souffre de pathologies de nature orthopédique et rhumatologique voire neurologique. Un médecin SMR appelé à prendre position sur la documentation médicale d'un cas doit disposer des compétences professionnelles nécessaires pour rendre un avis qui ait valeur probante (cf. arrêt du TF I 142/07 du 20 novembre 2007, consid. 3). Partant, la Dresse L. _____ qui n'est spécialiste ni en orthopédie, ni en rhumatologie ne disposait pas des qualifications techniques nécessaires pour prendre les conclusions qui figurent dans son avis médical SMR du 23 juillet 2015 et aurait, à tout le moins, dû consulter un confrère spécialiste. Le Tribunal administratif fédéral considère dès lors que l'OAI-NE aurait dû instruire un ou des médecin(s) disposant d'une spécialisation adéquate en orthopédie et rhumatologie voire neurologie pour rendre un avis médical SMR, la qualification du médecin jouant un rôle déterminant pour juger du bien-fondé de son avis et ce d'autant plus que l'art. 48 RAI prévoit expressément que l'orthopédie et la rhumatologie sont des disciplines qui doivent être représentées dans les services médicaux régionaux (cf. arrêt du TF 9C_865/2009 du 3 décembre 2009, consid. 2.2 et arrêt du TF 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1). De plus, entre le rapport médical d'expertise orthopédique du 11 février 2014 du Dr J. _____ (cf. Al pce 49) et l'avis médical SMR du 23 juillet 2015 (cf. Al pce 92), un laps de temps de plus de dix-sept mois s'est écoulé.

11.3.2 En outre, l'avis médical SMR du 23 juillet 2015 (ni d'ailleurs le rapport SMR du 12 mai 2014) ne précise pas le type d'activité adaptée qui pourrait être entrepris par le recourant. Or, si le médecin SMR a considéré dans son avis que le recourant était apte à entreprendre une activité adaptée, il aurait également dû faire mention des activités qu'il considère être adaptées à l'état de santé du recourant, activités dont l'OAI-NE aurait également dû faire état dans sa décision.

11.4 Quant aux documents médicaux établis après l'expertise orthopédique du 11 février 2014 et jusqu'à la date de la décision litigieuse, soit jusqu'au 6 octobre 2015, ils ne présentent pas de valeur probante au regard des critères jurisprudentiels car ils sont incomplets. Ils ne permettent

donc pas de déterminer l'étendue de l'aggravation de l'état de santé du recourant mais fournissent malgré tout des indices quant à la vraisemblance prépondérante de cette aggravation. Ceci est d'ailleurs corroboré par le fait que le recourant a subi une ligamentoplastie en date du 19 janvier 2016 en raison de ses lombalgies et d'une sciatique L5 gauche, soit des pathologies qui étaient déjà connues au moment de la décision rendue par l'autorité inférieure le 6 octobre 2015 (cf. TAF pce 9).

11.5 Le dossier médical de l'OAIE ne permet pas d'établir à la vraisemblance prépondérante l'état de santé du recourant ainsi que sa capacité résiduelle de travail après le 11 février 2014, date de l'expertise orthopédique. En effet, les documents médicaux ne permettent ni d'établir suffisamment une atteinte éventuelle de nerfs, l'état des articulations ainsi que de la structure osseuse au niveau du dos, des hanches et des genoux, après la pose des deux prothèses totales de hanche (droite et gauche) ainsi que l'existence de douleurs chronicisées, ni l'effet de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

12.

Au vu de ce qui précède (cf. consid. 11 supra), le recours doit être admis et la décision du 6 octobre 2015 annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé ainsi que les capacités de travail du recourant à partir du 11 février 2014 jusqu'à la date de la nouvelle décision. L'office compétent procédera à une expertise orthopédique, rhumatologique et neurologique en Suisse (aucun élément au dossier ne s'y opposant, voir arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2 et les références citées ; arrêt du TAF C-4575/2013 du 3 février 2015 consid. 7.6) en mandant des praticiens spécialisés dans ces domaines, qui se prononceront sur toutes les questions pertinentes pour pouvoir établir l'état de santé du recourant et les incidences des atteintes à la santé sur sa capacité de travail à partir du 11 février 2014, notamment en déterminant avec précision les dates des périodes d'incapacité de travail et en accompagnant cette détermination d'une motivation. Le cas échéant, l'autorité inférieure mettra en place un stage professionnel pour le recourant au sein d'un COPAI. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision sur la base du dossier complété (art. 61 PA), le Tribunal fédéral ayant précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise

s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

13.

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

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

13.3 Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 6 octobre 2015 est annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais présumés de procédure d'un montant de Fr. 400.- sera restituée au recourant dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec accusé de réception) ;
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ; Recommandé) ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Daphné Roulin

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :