



Cour III
C-826/2014

Arrêt du 3 février 2016

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
David Weiss, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
Portugal
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 20 janvier 2014).

Faits :**A.**

A.a Le ressortissant portugais A._____, né en 1966, a travaillé en Suisse en qualité de maçon durant les années 1987 à 1991 avec quelques interruptions (pce 8). Retourné au Portugal, il exerça également cette activité. En date du 17 janvier 2003 il établit une première demande de prestations d'assurance-invalidité suisse par l'entremise de l'institution portugaise d'assurances sociales qui la transmet en avril 2004 à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE, pce 1, p. 7). Selon le questionnaire à l'assuré rempli à l'époque, il cessa son activité salariée en raison de maux de dos (problèmes à la colonne vertébrale; pce 14 p. 3) au 1^{er} janvier 1999 (pce 14). Sa demande fut rejetée par une décision du 22 novembre 2006 au motif que si sa dernière activité de maçon n'était plus exigible, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé, était en revanche exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 33). Cette décision fut confirmée par un arrêt du Tribunal de céans du 28 septembre 2009. L'arrêt retint que l'assuré souffrait principalement d'une spondylose L5-S1 et d'un syndrome dépressif, l'atteinte lombaire ne lui permettant plus d'exercer son activité de maçon mais ne l'empêchant pas d'exercer, avec une perte de gain arrondie à 11%, une activité plus légère à 100% tenant compte de ses limitations fonctionnelles, en particulier sans port de charges, sans nécessité de se baisser fréquemment, d'utiliser des escaliers, ou de marcher sur des terrains en pente. La cour indiqua que le syndrome dépressif diagnostiqué, qualifié au dossier de trouble de l'humeur modéré, n'était pas de nature à modifier la capacité de travail retenue sur le plan somatique (cf. pce 62).

A.b

A.b.a Avant que l'arrêt précité ait été rendu, l'intéressé déposa une deuxième demande de prestations d'invalidité suisses le 21 janvier 2008 qui fut examinée fin décembre 2009 à la suite de l'arrêt du Tribunal de céans. Dans le cadre de cette deuxième procédure une expertise rhumatologique et psychiatrique fut effectuée du 9 au 11 août 2010 à la Clinique romande de réadaptation.

A.b.b Dans leur rapport du 30 août 2010 les experts, Dr B._____, médecine interne et rhumatologie, C._____, chirurgie orthopédique, et D._____, psychiatrie, relevèrent les plaintes de lombalgies occasionnelles apparaissant surtout lors d'efforts ou de temps humide, notamment

le matin, accompagnées d'une sciatalgie gauche occasionnelle et d'une fatigue chronique, de troubles du sommeil, de difficultés de concentration, de tristesse constante avec épisodes de pleurs et d'apathie. Ils notèrent à l'examen clinique un excellent état général, une constitution athlétique (180cm/82kg; BMI 25), des membres supérieurs normaux avec callosités palmaires bilatérales, un rachis sans particularité avec une mobilité un peu réduite, l'habillage, le déshabillage et les changements de position s'étant effectués sans difficulté, une marche harmonieuse, des membres inférieurs sans particularité. Ils relevèrent selon un scanner lombaire du 8 mars 2010 notamment une attitude scoliotique sinistro-convexe, des lésions étagées d'ostéochondrose avec irrégularité des plateaux vertébraux, une lyse isthmique bilatérale L5-S1 sans aucun glissement associé, une légère discopathie protrusive étagée sans le moindre conflit. Sur le plan somatique le rapport retint des lombalgies banales avec de discrètes limitations de la mobilité et des gonalgies avec un examen clinique strictement normal. Sur le plan rhumatologique il fut relevé des signes de non organicité à l'examen lombaire et de discrètes altérations physiques constatables sur les radios, des lombalgies qui pouvaient partiellement s'expliquer par une épine irritative permettant d'admettre une incapacité de travail de 50% dans les travaux lourds de chantiers. Sur le plan psychiatrique ils retinrent une dysthymie et une personnalité anxieuse-évitante et dépendante de structure fragile toutefois sans répercussion sur la capacité de travail dans des activités simples bien que le trouble de la personnalité limitait quelque peu les capacités adaptatives tout comme le très faible niveau de formation de l'assuré et son illettrisme. Un examen neurologique fut considéré dans la norme, soulignant que les lombalgies étaient au deuxième plan dans le processus de désinsertion socio-professionnelle. Le diagnostic retenu ayant une répercussion sur la capacité de travail fut celui de lombalgies banales sur lésions d'ostéochondrose étagée et spondylolyse bilatérale L5-S1 (M 51.1) et sans répercussion sur la capacité de travail de gonalgies (M 25.5), dysthymie (F 34.1), personnalité anxieuse-évitante et dépendante (F 61.0). A l'évaluation des capacités fonctionnelles, il fut relevé une sous-estimation de celles-ci par l'assuré, une insuffisance d'engagement avec des niveaux de cohérence faible, des déficiences cognitives sans toutefois qu'il y ait un syndrome déficitaire probant dans les modalités mnésiques, exécutives ou instrumentales compte tenu des résultats des diverses explorations menées. A l'évaluation en ateliers professionnels il ne fut relevé aucun effort d'application des consignes et aucun intérêt pour les activités proposées entraînant un rendement plus faible que la moyenne, pouvant être qualifié de médiocre. En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, les experts retinrent que les activités habituelles de manœuvre de chantier

n'étaient plus exigibles à temps complet mais qu'une telle activité était depuis tout temps encore exigible à 50% vu la relative discrétion des altérations cliniques constatées sur les radios, mais que par contre une activité adaptée en position alternée assis-debout sans port de charge au-delà de 10kg et sans travaux lourds était médicalement exigible à 100% sur un plan médico-théorique bien que l'absence de formation de l'assuré et son analphabétisme allaient sérieusement compromettre sa réinsertion professionnelle (pces 96-99, pce 138 p. 3. Les experts relevèrent expressément "en l'état cet assuré n'est pas utilisable actuellement sur le marché de l'emploi. Dans ces conditions, l'attente d'une reprise professionnelle paraît illusoire, quel que soit le secteur d'activité envisagé" [pce 96 p. 9]).

A.b.c Invité par l'OAIE à se déterminer sur cette expertise, la Dresse E. _____, FMH médecine générale et médecine physique et de réadaptation, fit siennes dans un rapport du 17 septembre 2010 les conclusions de l'expertise, mais énonça cependant une incapacité de travail de 100% dans son ancienne activité (experts: 50%) et, comme les experts, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles précitées, sans responsabilité, sans stress et nécessité de lettrisme. Elle indiqua les activités exemplatives suivantes: ouvrier non qualifié / manoeuvre dans une usine, fabrique, production en général, concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, réparation de petits appareils, articles domestiques, distribution de courriers internes, commissionnaire (pce 103). La Dresse E. _____ confirma cette appréciation dans un rapport du 29 novembre 2010 suite à une nouvelle documentation médicale ayant fait état d'une ostéophytose marquée de la sacro-iliaque gauche et d'arthrose des doigts des mains (rapport du 29 octobre 2010 du Dr F. _____) a priori sans influence significative sur la capacité de travail, l'examen clinique à la Clinique romande de réadaptation deux mois auparavant n'ayant rien relevé à ce sujet, et de troubles cognitifs (rapport du 30 août 2010 de Mme G. _____, psychologue), troubles non retenus significatifs lors de l'expertise (pce 116).

A.b.d Par décision du 7 décembre 2010 l'OAIE rejeta la demande de prestations au motif que, si l'intéressé présentait une incapacité de travail de 70% dans sa dernière activité, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé, comme par exemple en position de travail alternée, sans port de charge supérieure à 10 kg, sans être exposé aux intempéries, au froid, à l'humidité ni au stress, telle que concierge / gardien d'immeuble / de chantier, réparation de petits appareils / articles domestiques, distribution de courriers internes, était exigible à 100% avec une perte de gain de 11%, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une

rente (pce 118). L'intéressé contesta cette décision auprès du Tribunal de céans le 10 janvier 2011 (pce 121).

A.b.e Pendente lite, par requête du 5 janvier 2012, l'intéressé introduisit une troisième demande de prestations d'invalidité (pce 133). Il sied de relever qu'au nombre des documents joints à cette demande figure l'attestation relative à la carrière de l'assuré au Portugal, laquelle indique une activité salariée poursuivie de janvier 1999 à mars 2002 (pce 127, cf. pce 14 indiquant une fin d'activité au 1^{er} janvier 1999). Par une note interne du 10 février 2012, l'OAIE reporta le traitement de cette demande jusqu'à droit connu sur le recours pendant (pce 137).

A.b.f La décision du 7 décembre 2010 de l'OAIE fut confirmée par arrêt du 20 août 2012 du Tribunal de céans. L'arrêt fit état des conclusions de l'expertise du 30 août 2010, les suivit et releva qu'il était apparu du dossier que l'intéressé n'avait pas fait preuve de toute la volonté requise à sa réinsertion professionnelle, qu'en l'occurrence son appréciation subjective de sa capacité de travail résiduelle, voire son non engagement, ne sauraient être objectivement retenus comme déterminant par égard aux autres personnes dont l'invalidité est établie. L'arrêt appliqua toutefois un abattement sur le revenu d'invalidité de 20% pour tenir compte du déficit cognitif de l'assuré et de son illettrisme devant être pris en compte dans le revenu d'invalidité et parvint à un taux d'invalidité de 26%, insuffisant à l'ouverture du droit à une rente (pce 138).

B.

L'OAIE initia un examen de la troisième demande de prestations de l'intéressé en date du 24 septembre 2012. Cette demande était accompagnée entre autres documents des pièces médicales ci-après:

- un rapport psychiatrique de la Dresse H. _____, médecin traitant (cf. pce 165 p. 4 ch. 11), du 28 novembre 2011 faisant état d'un status de déficit cognitif accentué sur un cadre clinique de perturbation de l'humeur, perturbation dysthymique aggravée par un épisode dépressif majeur en rémission partielle ou une dépression névrotique en grande partie réactionnelle à la pathologie somatique de base et à l'incapacité induite. Les perturbations sont indiquées liées à des manifestations de rigidité et une faible capacité d'adaptation entraînant une diminution marquée de l'autonomie et des fonctionnalités au niveau familial et social. La médication est indiquée multiple et accentuée par rapport aux précédents rapports des 23 juin 2006 (cf. pce 28), 19 août 2008 (cf. pce 54) et 11 février 2010 (cf. pce 113). L'évolution clinique est indiquée

moins favorable avec une mauvaise réponse au traitement mis en place qui – associé à de pauvres ressources cognitives et des mécanismes d'adaptation limités – rend le pronostic très réservé. Le rapport relève une débilité modérée, une limitation dans les activités quotidiennes et la nécessité de l'appui de tiers (pce 130),

- un rapport radiologique de la colonne lombaire du 1^{er} septembre 2011 (pce 129),
- un rapport médical E 213 selon un examen du 15 décembre 2011 indiquant les antécédents de syndrome dépressif et syndrome de la colonne vertébrale, notant les plaintes actuelles de douleurs à la colonne dorso-lombaire et de céphalées, indiquant un status de 181cm/84kg, un état mental et émotionnel normal, un status stabilisé, une mobilité dorso-lombaire douloureuse mais sans limitation, un Lasègue négatif, une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs, une force musculaire et un tonus sans altération, une marche sans altération, posant les diagnostics CIM10 F33 [Trouble dépressif récurrent épisode actuel léger] et M51 [Atteinte d'autres disques intervertébraux (c.-à-d. non cervicaux)], notant la possibilité d'effectuer des activités légères en milieu non humide, chaud, enfumé, froid, bruyant, avec tournus, sans flexions répétées, port et transport d'objets, utilisation de rampes et escaliers, risque de chute, sans délais à respecter, sans travail sur écran, notant la possibilité de travailler sans l'aide ou l'appui de tiers sur le lieu de travail et à la maison, notant l'impossibilité d'exercer l'ancienne activité de maçon, mais un travail adapté à raison de 4h./jour (pce 128).

C.

Invitée à se déterminer sur la documentation médicale de la 3^{ème} demande de prestations, la Dresse E. _____, FMH médecine générale et médecine physique et de réadaptation, indiqua dans sa prise de position du 28 septembre 2012 que selon le rapport E 213 du 15 décembre 2011 les limitations fonctionnelles décrites étaient faibles et stationnaires, qu'il n'y avait pas d'élément pour une aggravation, que selon le CT lombaire du 1^{er} septembre 2011 on retrouvait le spondylolisthesis L5-S1 grade I et les lésions arthrosiques étagées sans progression significative, que selon le rapport psychiatrique du 28 novembre 2011, outre le trouble dysthymique associé à un épisode dépressif majeur en rémission partielle déjà connu, une débilité modérée était maintenant mise en avant mais que ce dernier diagnostic non préalablement évoqué pouvait être considéré comme une évaluation différente d'une même situation. Elle retint que sur le plan somatique il

n'y avait pas de changement mais qu'il lui paraissait nécessaire de soumettre le dossier à un psychiatre pour prise de position (pce 144).

Dans une note succincte du 26 janvier 2013, le Dr I._____, psychiatre, indiqua que le seul nouvel élément du status psychiatrique de l'assuré était l'indication [dans la nouvelle documentation médicale] d'une limitation de l'intelligence, mais qu'une telle limitation ne pouvait soudainement survenir, qu'elle apparaissait lors de l'enfance ou à la naissance, que si elle n'avait pas été mentionnée auparavant elle ne saurait être actuellement déterminante pour l'OAIE (pce 149).

L'OAIE porta également au dossier dans le cadre de l'instruction de la 3^{ème} demande:

- un questionnaire à l'assuré daté du 4 juin 2013 indiquant la fin de son activité lucrative depuis 1999 et des atteintes à la santé au niveau psychologique et dorsal (pce 157) et un même questionnaire indiquant la fin de l'activité lucrative à fin août 2002 (pce 165),
- un rapport psychiatrique de la Dresse H._____ daté du 19 juillet 2013 réitérant celui du 28 novembre 2011 (pce 167).

Dans une note du 17 novembre 2013 le Dr I._____, psychiatre, indiqua que le nouveau rapport psychiatrique produit ne modifiait pas sa prise de position du 26 janvier 2013 à laquelle il renvoya (pce 173).

D.

Par projet de décision du 3 décembre 2013 l'OAIE informa l'assuré qu'il était apparu de l'examen de sa nouvelle demande de prestations qu'il présentait une atteinte à la santé qui provoquait les limitations fonctionnelles suivantes: positions de travail alternées, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans être exposé aux intempéries, au froid, à l'humidité ni au stress, que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 70% mais qu'en revanche l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant ses limitations fonctionnelles était de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 11%, que de ce fait il n'y avait pas d'invalidité au sens de la loi et que sa demande de prestation était rejetée (pce 176). L'intéressé fit connaître le 30 décembre 2013 son désaccord à l'OAIE en se référant à la documentation médicale produite (pce 177). Par décision du 20 janvier 2014 l'OAIE rejeta la demande de prestation précisant que ses observations du 30 décembre 2013 n'étaient pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision (pce 178).

E.

Par acte du 2 février 2014 l'intéressé réitéra à nouveau son désaccord quant à la décision rendue à l'adresse de l'autorité inférieure, laquelle réadressa cette contestation au Tribunal de céans le 14 février 2014 comme objet de sa compétence (pce 181, pce TAF 1).

Invité par ordonnance du 25 mars 2014 à parfaire son recours (pce TAF 2), l'intéressé fit valoir par acte daté 7 mars 2014 reçu le 14 avril 2014 être atteint dans sa santé en raison de troubles psychologiques et de maux à la colonne vertébrale ne lui permettant pas de travailler. Il se référa à la documentation médicale au dossier et indiqua être reconnu invalide au Portugal. Il indiqua ne pas être en mesure d'assumer les coûts de la procédure judiciaire. Il joignit à son acte un rapport radiologique de la colonne lombaire du 26 décembre 2013 (suggérant in fine un réexamen par radiographie dynamique de la charnière lombo-sacrée permettant éventuellement de dépister une instabilité L5-S1), le rapport de la Dresse H. _____ du 19 juillet 2013 et un récapitulatif de son traitement allopathique daté du 4 octobre 2013 indiquant une prescription moindre que celle indiquée dans le rapport du 19 juillet 2013 (pce TAF 5).

F.

Invité à se déterminer sur le recours par le Tribunal de céans, l'OAIE requit une prise de position de la Dresse E. _____. Dans un rapport du 13 mai 2014 le médecin de l'OAIE indiqua que le CT lombaire du 26 décembre 2013 faisait état de protrusions discales L2-L3, L3-L4, L4-L5 et d'un discret listhésis antérieur de L5, que les problèmes lombaires étaient connus sans changement notable et n'étaient de plus pas au premier plan et que le deuxième document comportait une liste de médicaments (Anafranil® 75mg, Quiétiapine® 20mg, Sertraline® 100mg, Diazépam®, Tiapridal® 100mg), l'indication de certains des traitements psychotropes paraissant d'ailleurs discutable selon l'expert psychiatre (pce 191).

Par réponse au recours du 21 mai 2014, l'OAIE proposa le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, rappelant qu'il était du devoir de l'assuré d'entreprendre tout ce qui était possible pour réduire son dommage. Il fit valoir que selon son service médical la documentation médicale apportée à l'appui de la nouvelle demande du recourant ne révélait pas d'élément nouveau sur le plan physique et psychiatrique, que la conclusion selon laquelle l'intéressé présentait une pleine capacité de travail résiduelle dans des activités légères était confirmée, que cette détermination concordait avec les appréciations médicales rendues lors des précédentes procédures d'instruction ayant abouti aux rejets des demandes confirmés par

ce tribunal, que le calcul comparatif des revenus établi dans le jugement du 20 août 2012 pouvait dès lors être repris, la perte étant évaluée à 26%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (pce TAF 7).

G.

Par décision incidente du 20 août 2014, le Tribunal de céans octroya, après examen de sa demande, l'assistance judiciaire à l'intéressé (pce TAF 11).

H.

Par réplique datée du 1^{er} septembre 2014 le recourant maintint ses conclusions faisant valoir qu'il était reconnu invalide par la sécurité sociale portugaise. Il requit l'octroi au moins d'une rente correspondant à un taux d'invalidité de 40%. Il indiqua être disposé à se soumettre à une nouvelle expertise auprès du centre médical de l'AI (pce TAF 13). Par duplique du 19 septembre 2014 l'OAIE maintint sa détermination (pce TAF 15).

Par ordonnance du 29 septembre 2014 le Tribunal de céans mit un terme à l'échange des écritures (pce TAF 16).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de 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 pré-

voient. 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 à la LPGA.

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

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et le recourant ayant été exempté des frais de justice, le recours est recevable.

2.

2.1 Le recourant est ressortissant portugais domicilié au Portugal. 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

2.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont, selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP, applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

2.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

2.4 Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP), ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.5 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). La documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

3.

3.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 sont applicables. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

3.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin, définit les faits déterminants et les preuves nécessaires dont elle

ordonne l'apport et qu'elle apprécie d'office sans être liée par les conclusions des parties (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499); elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2), enfin elle applique le droit d'office. Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPG).

3.3 Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

4.

4.1 La décision dont est recours fait suite à une première et deuxième demandes de rente ayant été rejetées par décisions respectivement des 22 novembre 2006 et 7 décembre 2010 de l'OAIE confirmées par le Tribunal de céans respectivement les 28 septembre 2009 et 20 août 2012 au motif à chaque fois que l'intéressé ne présentait pas une invalidité de 40% au moins ouvrant le droit à une rente, sa capacité de travail étant entière dans une activité de substitution adaptée avec une perte de gain établie respectivement à 11% et 26%.

4.2 En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente (...) a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles

l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

4.3 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).

4.4 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 133 V 108, ATF 130 V 71).

4.5 En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande. Le Tribunal doit dès lors examiner en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée matériellement sur le droit de l'assuré à une rente si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1^{er} juillet 2012 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande déposée le 4 janvier 2012 [pce 126]) jusqu'au 20 janvier 2014, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les réf.).

5.

L'objet de la contestation est le refus du droit à une rente d'invalidité au motif que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de la loi, qu'en particulier sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée et lui permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui peut être obtenu sans invalidité. Il sied de relever que dans sa réponse au recours du 21 mai 2014 l'OAIE s'est référé à la perte de gain de 26% établie par le Tribunal de céans dans l'arrêt du 20 août 2012 (et non à son évaluation de 11% énoncée dans la décision dont est recours) précisant que cette évaluation était dans le cadre de la présente cause encore d'actualité.

6.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement CE 883/2004).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

7.

7.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

7.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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 (al. 1);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (al. 2);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 3); une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al.

1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

7.3 Selon l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, 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. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 2.2), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

7.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGa et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa).

8.

8.1 Le recourant a travaillé en dernier lieu au Portugal jusqu'au début 1999 ou jusqu'en août 2002 selon les pièces au dossier. Sa précédente demande de prestations AI a été rejetée par décision de l'OAIE du 7 décembre 2010 confirmée par arrêt du Tribunal de céans du 20 août 2012. Ses troubles de santé à l'origine de la troisième demande de prestations

AI du 4 janvier 2012 relèvent de plaintes pour troubles psychiques et douleurs à la colonne vertébrale comme pour les première et deuxième demandes.

8.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale; cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS] et de l'assurance-invalidité [LAI], 2011, n° 2060 ss).

8.3 Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, notamment pour les personnes sans activité lucrative ou ayant exercé une activité lucrative à temps partiel, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médicothéorique sur la base de tabelles d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (VALTERIO, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (VALTERIO, op. cit. n° 2051 et les références).

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 258 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

9.

9.1 Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille

les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité 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 privée aux invalides.

Selon l'art. 59 al. 2 et 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches. Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise. Fondé sur les données de son service médical l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

9.2 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). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa

désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (voir spéc. VALTERIO, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. VALTERIO, op. cit. n° 2912; arrêts du TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3; 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

9.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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 et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI peuvent avoir valeur d'expertise médicale s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence et ont même valeur probante que d'autres expertises (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.2 et les références, 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3). Dans de telles cons-

tellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.4 Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581 /2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêts du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 s.; 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/ 2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid.

3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d, arrêts du TF 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

9.5 Si 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 (arrêts du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

10.

10.1

La deuxième demande de rente de l'intéressé a été rejetée sur la base principalement d'une expertise du 30 août 2010 en Suisse qui releva un excellent status apparent, une constitution athlétique, des membres supérieurs normaux avec callosités palmaires bilatérales, un rachis sans particularité avec une mobilité quelque peu réduite, une marche harmonieuse, des membres inférieurs sans particularité, un dossier radiologique attestant cependant de dégénérescences au niveau du rachis expliquant les douleurs lombaires permettant de conclure que l'intéressé ne pouvait plus exercer sa profession de maçon à un taux supérieur de 50% mais qu'il pouvait exercer une activité adaptée à son état de santé à 100%, ceci malgré la présence d'une dysthymie, d'une personnalité anxieuse-évitante et dépendante liée à une structure de la personne fragile. Le diagnostic posé par les experts a été celui, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies banales sur lésions d'ostéochondrose étagée, de spondylolyse bilatérale L5-S1 sans glissement (M 51.1) ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, de gonalgies (M 25.5), dysthymie (F 34.1) et personnalité anxieuse-évitante et dépendante (F 61.0). Sur la base du diagnostic posé le 30 août 2010 les experts avaient conclu, sur le plan somatique, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

10.2 Dans la cadre de la troisième demande de prestations déposée le 5 janvier 2012 par l'assuré, son état de santé, sur le plan somatique, a été apprécié sur dossier par la Dresse E. _____, FMH médecine générale et médecine physique et de réhabilitation. Ce médecin s'est fondé sur le rapport E 213 du 15 décembre 2011 détaillé et sur le CT lombaire du 1^{er} septembre 2011. Le rapport médical E 213 (examen du 15 décembre 2011) indiqua les antécédents de syndrome dépressif et syndrome de la colonne vertébrale, nota les plaintes actuelles de douleurs à la colonne dorso-lombaire et de céphalées, indiqua un status de 181cm/84kg, un état mental et émotionnel normal, un status stabilisé, une mobilité dorso-lombaire douloureuse mais sans limitation, un Lasègue négatif, une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs, une force musculaire et un tonus sans altération, une marche sans altération. Il posa les diagnostics CIM10 F33 [Trouble dépressif récurrent épisode actuel léger] et M51 [Atteinte d'autres disques intervertébraux (c.-à-d. non cervicaux)]. Il retint la possibilité pour l'assuré d'effectuer des activités légères en milieu non humide, chaud, enfumé, froid, bruyant, avec tournus, sans flexions répétées, port et transport d'objets, utilisation de rampes et escaliers, risque de chute, sans délais à respecter, sans travail sur écran. Il indiqua la possibilité de travailler sans l'aide ou l'appui de tiers sur le lieu de travail et à la maison, notant l'impossibilité d'exercer l'ancienne activité de maçon, mais un travail adapté à raison de 4h./jour. Le rapport ne précisa pas le motif (d'ordre somatique ou psychologique) de cette restriction du temps de travail dans une activité adaptée. Au sujet du CT lombaire du 1^{er} septembre 2011 la Dresse E. _____ indiqua retrouver le spondylolisthésis L5-S1 grade I et les lésions arthrosiques étagées sans progression significative.

10.3 De l'avis du 28 septembre 2012 de la Dresse E. _____ l'état de santé de l'assuré n'a pas évolué d'une façon déterminante au vu de la nouvelle documentation médicale produite dans le cadre de la troisième demande. Elle a ainsi retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée en tout cas du point de vue somatique. Elle confirma le 13 mai 2014 sa prise de position à la suite de son appréciation d'un nouveau CT lombaire du 26 décembre 2013 qui n'apporterait aucun élément nouveau ni argument en faveur d'une aggravation. Le CT lombaire du 26 décembre 2013 mettait certes en évidence essentiellement un discret listhésis antérieur de L5 ainsi que des protrusions discales lombaires dont celle au niveau L5-S1 était en possible contact avec la racine L5, situation déjà décrite en 2011. De ce point de vue l'appréciation de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée selon le rapport E 213 du 15 décembre 2011 trouve, sous l'angle somatique, aucun fondement explicite au dossier. Toutefois, la conclusion de la Dresse E. _____

dans son rapport sur dossier du 13 mai 2014 que les problèmes lombaires n'étaient plus au premier plan est restée sans motivation. Le fait qu'un nouveau CT lombaire ait été fait en décembre 2013 parle plutôt pour le contraire. Il s'ajoute, comme le radiologue l'a indiqué dans son rapport du 1^{er} septembre 2011, qu'il faut vérifier par un examen clinique s'il y a compression radiculaire. Le dernier examen clinique au dossier date cependant du 15 décembre 2011 de sorte qu'un état clinique actuel au moment de la décision prise ne figure pas au dossier. Il s'ensuit en application de la jurisprudence en la matière que l'appréciation de la Dresse E. _____ ne peut être tenue pour probante et qu'un complément d'instruction sur le plan somatique s'avère nécessaire. Il sied de relever à ce titre que le neuroradiologue qui a évalué le CT lombaire du 26 décembre 2013 suggère un réexamen de la charnière lombo-sacrée.

10.4 Dans leur expertise du 30 août 2010 les experts avaient retenu, sous l'angle psychiatrique, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) et de personnalité anxieuse-évitante et dépendante (F 61.0). Ils indiquèrent qu'à l'évaluation des capacités fonctionnelles il fut relevé une sous-estimation de celles-ci par l'intéressé, une insuffisance d'engagement avec des niveaux de cohérence faible, des déficiences cognitives sans toutefois qu'il y ait un syndrome déficitaire probant dans les modalités mnésiques, exécutives ou instrumentales compte tenu des résultats des diverses explorations menées. Ils notèrent qu'à l'évaluation en ateliers professionnels il ne fut relevé aucun effort d'application des consignes et aucun intérêt pour les activités proposées entraînant un rendement plus faible que la moyenne, pouvant être qualifié de médiocre. Ayant conclu que les troubles psychologiques étaient cependant sans influence sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée limitée uniquement par les atteintes somatiques, ils conclurent à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée mais relevèrent que cette capacité de travail médico-théorique était compromise par la personnalité de l'intéressé, l'attente d'une reprise professionnelle paraissant illusoire, quel que soit le secteur d'activité envisagé.

Cette appréciation doit être mise en relation, d'une part, avec les rapports psychiatriques de l'époque de la Dresse H. _____, psychiatre traitant, des 23 juin 2006 (cf. pce 28 p. 1), 19 août 2008 (pce 54) et 11 février 2010 (pce 113) ayant suivi l'intéressé depuis 2005, dont l'expert psychiatre du rapport d'expertise du 30 août 2010 a eu connaissance, et, d'autre part, avec les rapports psychiatriques des 28 novembre 2011 (pce 130) et 19 juillet 2013 (pce 167) de la Dresse H. _____ sur lesquels s'est prononcé le Dr I. _____, psychiatre. Or il appert que le Dr I. _____ dans deux

notes succinctes des 26 janvier et 17 novembre 2013 (la deuxième renvoyant à la première) a indiqué que la seule modification concernant l'état de santé psychiatrique de l'assuré était l'indication d'une limitation de l'intelligence mais qu'une telle limitation ne pouvait soudainement survenir, qu'elle apparaissait lors de l'enfance ou à la naissance et que, si elle n'avait pas été mentionnée auparavant, elle ne saurait être actuellement déterminante. Le Dr I. _____ n'a dans aucune de ses prises de position discuté l'évolution des contenus des rapports psychiatriques pourtant marquant une accentuation des troubles et une évolution depuis 2010 de la thérapeutique médicamenteuse contrairement à son indication. Il n'a pas également discuté l'indication d'un déficit cognitif accentué, des perturbations liées à des manifestations de rigidité liée à une faible capacité d'adaptation entraînant une diminution marquée de l'autonomie et des fonctionnalités au niveau familial et social, la nécessité, selon la psychologue traitante, de l'appui de tiers sous l'angle d'une chronicisation des atteintes de l'intéressé depuis 2005 pouvant avoir éventuellement nouvellement une incidence invalidante sur la capacité de travail. Ainsi le Tribunal de céans ne peut se prononcer en droit en pleine connaissance de l'état de santé psychiatrique de l'intéressé sur la base d'un rapport psychiatrique substantiel faisant état de l'évolution du status, de l'appréciation de la médication apparemment aggravée suivie, des diagnostics posés et discutés, de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé induite d'une éventuelle chronicisation des troubles comme cela semble résulter des derniers rapports de la Dresse H. _____ s'écartant largement des diagnostics retenus antérieurement dans le rapport du 30 août 2010 sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) et de personnalité anxieuse-évitante et dépendante (F 61.0).

10.5 Au vu de ce qui précède il sied d'admettre le recours et de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle complète l'instruction du dossier notamment sur le pan psychiatrique mais également sur le plan rhumatologique par une expertise en Suisse, selon la conclusion subsidiaire du recourant s'étant déclaré prêt à se soumettre à une expertise. 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; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a 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 lorsque un éclaircissement, une précision

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

11.

11.1 Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6).

11.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA).

11.3 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce le recourant n'ayant pas été représenté par un avocat ou un mandataire professionnel, il n'est pas alloué de dépens.

(Le dispositif figure sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 20 janvier 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction conformément au considérant 10 et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (N° de réf. _ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Pascal Montavon

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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :