



Cour III
C-175/2017

Arrêt du 10 janvier 2019

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
David Weiss, Beat Weber, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité, nouvelle demande de
prestations (décision du 13 décembre 2016).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____ (ci-après : assuré ou recourant), né le (...) 1956, a travaillé en Suisse en tant que machiniste puis chauffeur et a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse entre 1981 et 1993 (AVS/AI; cf. attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse [E 205] du 10 novembre 2006 [AI pce 12]).

Retourné vivre en Espagne, il a exercé la profession de chauffeur de taxi indépendant. Le 26 août 2000, il a été victime d'un accident de la route qui a nécessité une hospitalisation jusqu'au 20 novembre 2000 ainsi que des mesures de réadaptation jusqu'en mars 2001 (cf. notamment : rapport du 18 octobre 2000 du Dr B._____ [AI pce 23 p. 3], rapport médical du 2 décembre 2004 de la Clinique C._____ [AI pce 23 p. 1]). A compter du 18 décembre 2004, il a présenté selon l'institut national de sécurité sociale espagnole (ci-après : INSS) une incapacité temporelle dans sa profession habituelle (cf. rapport du 18 juillet 2006 de l'INSS [AI pce 22]) et dès le 20 juillet 2006, il est au bénéfice d'une rente pour incapacité permanente de degré total dans sa profession habituelle (décisions des 5 et 26 juillet 2006 [AI pces 1, 67 pp. 5 s., 72 p. 1]).

B.

Le 22 août 2006 (AI pce 1), l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) par le biais du formulaire E 204 du 20 septembre 2006, rempli par l'INSS.

Après instruction de cette demande, le Dr D._____ du service médical de l'OAIE (AI pce 28), se fondant principalement sur le rapport médical détaillé E 213 du 13 septembre 2006 de la Dresse E._____ (AI pce 3), a retenu que l'assuré souffrait à titre principal d'un status après traumatisme cervical en 2000 et d'un status après discectomie cervicale. Il a relevé que le travail de chauffeur n'était plus adapté, nécessitant des mouvements de la tête, mais qu'une activité où ces mouvements n'étaient pas indispensables était exigible à 100%. Le Dr D._____ a conclu que l'assuré présentait dans l'activité habituelle une incapacité de travail de 20% dès le 26 août 2000, puis de 70% dès le 18 décembre 2004 et dès le 26 août 2000 une pleine capacité dans une activité de substitution adaptée.

L'OAIE a ensuite effectué une comparaison des revenus sur la base des données statistiques et compte tenu d'un abattement sur le revenu

d'invalidité théorique de 10%. Il a mis en évidence un taux d'invalidité de 20% dès le 26 août 2000 et de 27% dès le 18 décembre 2004 (AI pce 30).

Par décision du 22 août 2007 (AI pce 32; cf. aussi la récapitulation des décisions du 13 septembre 2007 [E211, AI pce 33]), confirmant le projet de décision du 14 juin 2007 (AI pce 31), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assuré. Il a expliqué qu'il ressortait du dossier que la dernière activité lucrative effectuée n'était plus exigible mais qu'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé comme par exemple surveillant de parking/musée, réparation de petits appareils/articles domestiques, caissier, vendeur de billets, enregistrement, classement, archivage, distribution de courrier interne, commissionnaire, accueil/réceptionniste, saisie de données/scannage était exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente.

Aucun recours n'a été déposé contre ladite décision qui est entrée en force.

C.

Le 4 novembre 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAIE par le biais du formulaire E 204 (AI pce 35).

Ont été joints à cette nouvelle demande, le certificat relatif à la carrière d'assuré en Espagne du 3 décembre 2013 (E 205; AI pce 37 pp. 1 à 4), les renseignements concernant la carrière de l'assuré en Suisse du 3 décembre 2013 (E 207; AI pce 37 pp. 5 ss) ainsi que le rapport médical détaillé E 213 du 3 décembre 2013 établi par la Dresse F._____ (AI pce 38). Invitée à s'exprimer sur ce rapport médical, la Dresse H._____ du service médical de l'OAIE, spécialiste en médecine interne et néphrologie (AI pce 42) a estimé qu'il n'était pas établi de façon plausible que l'invalidité de l'assuré se soit modifiée de manière à influencer ses droits.

L'assuré a contesté (AI pces 44 et 47) le projet de décision du 31 janvier 2014 (AI pce 43) et a déposé au dossier un rapport médical du 3 avril 2014 du Dr G._____, médecin de famille (AI pce 47 p. 1). La Dresse H._____ (AI pce 49), une nouvelle fois invitée à se prononcer sur le dossier médical, a confirmé que les documents produits par l'assuré n'ont pas rendu plausible une modification de la situation intervenue depuis 2006, susceptible d'influencer ses droits.

D.

Par décision du 9 mai 2014 (AI pce 50), l'OAIE a confirmé son projet de décision et retenu que la nouvelle demande de prestations ne pouvait pas être examinée au sens de l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité.

L'assuré a recouru contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) qui par arrêt C-2933/2014 du 17 août 2015 (AI pce 57) a admis le recours, en tant qu'il était recevable, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à l'OAIE afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré du 4 novembre 2013 (cf. ch. 1 et 2 du dispositif). Le Tribunal a considéré que les rapports médicaux des Drs F._____ et G._____ mettaient en lumière des éléments qui suffisaient à rendre vraisemblance une modification de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dans le sens d'une péjoration propre à influencer sur sa capacité de travail (cf. consid. 6 et 7 de l'arrêt).

E.

Faisant suite à l'arrêt du TAF, l'OAIE demande le 20 novembre 2015 la production de nouveaux documents médicaux et économiques (AI pces 60 et 61).

Sont alors versés en cause des décisions et documents de la sécurité sociale espagnole, à savoir la décision du 18 décembre 2004 mentionnant que l'assuré touche une prestation pour incapacité temporelle (AI pce 71 p. 5), le document du 26 juillet 2006 accordant à l'assuré le droit à l'assistance sanitaire en tant que rentier d'incapacité (AI pce 72 p. 2), la décision du 5 juillet 2006, une nouvelle fois timbrée le 9 décembre 2015, selon laquelle l'entreprise indépendante de l'assuré est exemptée du paiement des cotisations sociales (AI pce 67 pp. 5 s.) et la décision du 9 décembre 2015, confirmant que l'assuré continue de présenter le même degré d'incapacité permanente (AI pce 67 p. 4).

L'assuré remplit et signe le 9 décembre 2015 le questionnaire à l'assuré et le questionnaire pour indépendants (AI pce 63 pp. 1 à 8) desquels il appert notamment qu'il a dû engager un employé qui a touché un salaire de 925 euros (AI pce 63 p. 4). L'assuré joint à ces questionnaires les déclarations et impositions fiscales des années 2012, 2013 et 2014 (AI pce 63 pp. 9 ss). Le 28 décembre 2015, il remplit et signe encore le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage (AI pce 71 pp. 1 à 4),

Sur le plan médical, le rapport du 27 janvier 2016 de Monsieur I. _____ (AI pce 74), spécialisé en psychologie clinique, et le rapport médical du 1^{er} février 2016 du Dr J. _____ (AI pce 73), traumatologue et chirurgien orthopédique, ont été déposés en cause.

F.

Sur avis de la Dresse H. _____ (AI pce 79), l'OAIE demande le 3 mai 2016 (AI pce 80) des rapports médicaux complémentaires. Sans nouvelles de l'assuré, il le met en demeure le 4 juillet 2016 (AI pce 81).

Par courrier reçu le 5 juillet 2016 (AI pce 93; pour la traduction en français : TAF pce 18 annexe 2), l'assuré requiert le réexamen de ses demandes de prestations. Il avance pour l'essentiel qu'il a été opéré deux fois, d'abord au niveau cervical et puis en 2008 au niveau lombaire. Il souligne qu'il a des fourmillements dans les mains, des crampes dans les jambes qui ont, de plus, tendance à s'endormir, qu'il a de la peine à se déplacer, à monter et à descendre les escaliers, à mettre des chaussettes et à rester longtemps assis. Il explique, en outre, qu'il transmet tous les documents de la Clinique de C. _____ en sa possession mais qu'il ne dispose pas des documents de la Clinique K. _____ de (...) qui a fermé il y a quelques années. Pour cette raison le Dr G. _____ aurait demandé de faire des radiographies afin de pouvoir certifier les plaques posées dans le dos. De plus, il informe qu'il a passé tous les examens sollicités à la sécurité sociale espagnole qui l'a informé qu'elle les envoyait directement à l'Office. Enfin, il rappelle qu'il a travaillé en Suisse et qu'il ne s'est jamais opposé à travailler durement mais que maintenant il ne peut presque plus bouger et a besoin d'une rente d'invalidité pour pouvoir vivre dignement, après toutes ces années de travail. Il se déclare par ailleurs d'accord pour se soumettre à un examen médical à la demande de l'assurance. Comme nouvelle pièce, il produit en cause l'attestation du 23 mars 2000 de la Clinique C. _____ (AI pce 89) et le rapport médical du 11 décembre 2000 du Dr B. _____ (AI pce 90).

Invitée à prendre position, la Dresse H. _____ (AI pce 95) relève que l'assuré ne fait pas état d'une dégradation de son état de santé relevante pour le droit à la rente. Le fait qu'il a été opéré en 2008 au niveau de la colonne lombaire n'a pas impliqué une dégradation objectivable de son état, les activités adaptées étant les mêmes pour toute la colonne vertébrale. Ainsi, le médecin de l'OAIE conclut que l'assuré présente une incapacité de travail de 70% dans son ancienne activité depuis 2007 mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée légère pour la

colonne vertébrale et n'impliquant pas de postures contraignantes pour celle-ci.

G.

Par projet de décision du 24 août 2016 (AI pce 96), l'OAIE informe l'assuré qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Il explique pour l'essentiel qu'il ressort du dossier qu'il existe une atteinte à la santé qui provoque des limitations fonctionnelles et implique que l'assuré ne peut pas poursuivre des activités avec position de travail en porte-à-faux. L'incapacité de travail dans la dernière activité exercée de chauffeur de taxi est de 20% dès le 26 août 2000 et de 70% dès le 18 décembre 2004. En revanche, l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles est de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 20% dès le 26 août 2000, et de 27% dès le 18 décembre 2004. L'OAIE souligne par ailleurs, que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne le lient pas, que les facteurs tels que l'âge, le manque de formation, le domicile ainsi que la situation économique locale ne sont pas de circonstances supplémentaires qui sont susceptibles d'influer l'étendue de l'invalidité.

Par courrier du 13 septembre 2016, l'assuré s'adresse au TAF, ne comprenant pas le nouveau refus de l'OAIE (AI pce 98). Ce courrier est transmis pour compétence à l'OAIE (AI pce 99) qui écrit à l'assuré le 13 octobre 2016 (AI pce 100) et l'informe que sa demande de prestations a été examinée conformément à l'arrêt du TAF C-2933/2014 cité et que s'il n'est pas d'accord avec le projet de décision, il devait argumenter ses objections avec des moyens de preuves dans un délai prolongé jusqu'au 24 novembre 2016.

H.

Par décision du 13 décembre 2016 (AI pce 101), l'OAIE, maintenant sa position, rejette la demande de prestations de l'assuré.

I.

Par recours du 3 janvier 2017 (TAF pce 1; pour la traduction en français : TAF pce 18 annexe 1), régularisé dans le délai imparti (TAF pces 2 et 3), le recourant conteste la décision de l'OAIE et requiert l'octroi d'une rente d'invalidité. Il avance en substance qu'il estime que sa situation n'a pas été réexaminée par l'OAIE alors que son état de santé s'est aggravé avec le temps. Il remarque notamment qu'il a subi en 2008 une opération du dos dont les plaques ont été enlevées en 2010 parce qu'il ne les tolérait pas. Il avance également qu'il touche une rente en Espagne depuis 2006 déjà.

J.

Dans sa réponse du 30 mars 2017 (TAF pce 6), l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il explique que suite à l'arrêt C-2933/2014 du TAF, une nouvelle documentation médicale a été requise. Son service médical aurait ensuite pris en considération l'ensemble du dossier et les compléments d'examens versés en cause et aurait confirmé l'incapacité de travail de l'assuré de 70% dans sa dernière activité comme chauffeur de taxi depuis le 18 décembre 2004 ainsi que sa pleine capacité de travail dans des activités adaptées à son état de santé, telle que constatée lors de la première décision de rejet de prestations du 22 août 2007. Selon le calcul comparatif des revenus établi le 12 juin 2007, l'assuré subirait donc une perte de gain de 27% qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité suisse.

K.

Le recourant ne dépose pas de réplique alors qu'il y a été invité par ordonnance du TAF du 5 avril 2017 (TAF pce 7).

Il s'acquitte de l'avance de frais de procédure de 800 francs dans le délai imparti par la décision incidente du 2 mai 2017 (TAF pce 12) et verse le montant de 838.73 francs (TAF pces 13 et 14).

Droit :**1.**

1.1 En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. d^{bis} PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de procédure présumés (cf. art. 63 al. 4 PA; TAF pces 12 à 14).

Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

2.

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

2.2 Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office (cf. art. 12 PA) et librement (cf. ci-dessus) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure dans sa décision (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^{ème} édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 13 décembre 2016, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont applicables.

3.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant espagnol a été assuré en Suisse (Al pce 12) et en Espagne (cf. notamment : attestation concernant la carrière d'assurance en Espagne du 20 septembre 2006 [Al pce 2 pp. 1 à 3]). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 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]) sont également déterminants le 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 que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement 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).

Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

4.

En l'occurrence, la décision du 13 décembre 2016 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations du 4 novembre 2013 de l'assuré est contestée. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il sied de déterminer l'examen à effectuer par le Tribunal de céans.

4.1 Le Tribunal a déjà expliqué dans l'arrêt C-2933/2014 cité (Al pce 57) que la décision du 22 août 2007 par laquelle la première demande de prestations de l'assuré avait été rejetée, restait déterminante pour l'examen de la nouvelle demande de prestations du 4 novembre 2013. Cette décision du 22 août 2007 est entrée en force faute de recours déposé à son encontre et le TAF a constaté qu'elle ne saurait faire l'objet d'une révision procédurale ou d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 LPGa (cf. consid. 3.1 et 3.2 de l'arrêt C-2933/2014).

4.2 Lorsque – comme en l'occurrence suite à l'arrêt du TAF C-2933/2014 cité (Al pce 57 consid. 5 à 7) – l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit vérifier si la modification du degré d'invalidité est réellement intervenue en procédant de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGa selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 64 consid. 2, 117 V 198 consid. 3a; notamment : arrêts du TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2, I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1, 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2).

La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b; arrêts du TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 du 4 septembre 2013).

Le point de savoir si une modification déterminante s'est produite doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision rejetant la demande de prestations entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et les circonstances

régnant à l'époque de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1, 130 V 71 consid. 3.2, 125 V 368 consid. 2 et références; arrêts du TF 9C_589/2017 cité consid. 4, 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2).

Lorsque l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du TF 9C_589/2017 du 17 avril 2018 consid. 4). Dans le cas inverse, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence (arrêt du TF 132/03 cité consid. 2). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 108 consid. 2b).

4.3 Compte tenu de ce qui précède, le TAF examinera le bienfondé de la décision attaquée du 13 décembre 2016 en se prononçant sur la question de savoir si le recourant a subi une modification déterminante de son état de santé, propre à influencer sur son droit à une rente d'invalidité, depuis le 22 août 2007 lorsque la première décision de rejet de prestations a été rendue. Ce faisant, le Tribunal comparera les faits tels qu'ils se présentaient le 22 août 2007 et ceux qui ont existé jusqu'au 13 décembre 2016.

5.

A titre initial, il est rappelé que l'assuré qui a cotisé de nombreuses années à l'AVS/AI suisse (139 mois; AI pce 12) remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations de l'art. 36 al. 1 LAI, selon lequel a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisation à l'AVS/AI dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. FF 2005 p. 4065 et les art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004).

Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi et, en particulier, si l'invalidité s'est modifiée d'une façon déterminante depuis le 22 août 2007 (cf. consid. 4.2 et 4.3 ci-dessus).

6.

6.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a),
- elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b),
- au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c).

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG (délai de carence; ATF 143 V 547 consid. 3.2; voir aussi ATF 140 V 2 consid. 5.3). L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.2 Aux termes de l'assurance-invalidité suisse, il faut comprendre par invalidité, 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 (cf. art. 8 LPG et art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPG, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 7 al. 2 LPG, 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.

L'art. 6, 2^{ème} phrase, LPG stipule qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

6.3

6.3.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

6.3.2 Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a en outre estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Cette procédure tient compte des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part et les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

Concrètement, le Tribunal a décrit les catégories et indicateurs suivants (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

1.1. Complexe "atteinte à la santé"

1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

1.1.4. Comorbidités

1.2. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

1.3. Complexe "contexte social".

2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

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

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

Le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2; cf. aussi consid. 10.3 ci-dessous). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs susmentionné n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

6.3.3 La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif tel que décrit lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne fallait pas non plus procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait présenté notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018).

6.4 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

6.5 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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%, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

7.

7.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255).

Concrètement, selon l'art. 69 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si les conditions d'assurance sont comme en l'occurrence (cf. consid. 5 ci-dessus) remplies, l'office AI réunit les autres pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.2 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1, 140 V 193 consid. 3.1 s., 125 V 256 consid. 4 et références). L'appréciation médicale de la capacité de travail constitue une base importante pour déterminer ensuite d'un point de vue juridique quelle activité professionnelle peut être exigée de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 s., 140 V 193 consid. 3.1 s. et références; arrêt du TF 9C_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.3).

7.2 Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 2.2 ci-dessus), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

7.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

7.3.1 L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et références). Il faut en outre que le médecin possède les titres nécessaires dans les spécialités médicales déterminantes (notamment : arrêt du TF 9C_415/2017 du 21 septembre 2017 consid. 3.1 et références; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 2910 p. 799).

7.3.2 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes du service médical de l'OAIE mais en de telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Ces rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation médicale sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas retenues (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). La valeur probante de ces rapports présuppose également 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 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_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, 8C_653/ 2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Une instruction complémentaire est

requis s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports du service médical SMR (ATF 139 V 225 consid. 5. 2, 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêts du TF 9C_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3 s., 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 2920 p. 799).

7.4 Dans le domaine des assurances sociales, la décision de l'Office AI – et cas échéant du Tribunal – doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références).

8.

8.1 S'agissant de la décision du 22 août 2007, le TAF a constaté dans l'arrêt C-2933/2014 cité consid. 6.1 que l'OAIE l'a fondée principalement sur le rapport médical détaillé E 213 du 13 septembre 2006, établi par la Dresse E._____ (AI pce 3) ainsi que sur la prise de position du 4 mai 2007 du Dr D._____ du service médical de l'OAIE (AI pce 28).

Le Tribunal a relevé que la Dresse E._____ (AI pce 3) avait posé comme diagnostics une hernie discale C4-C5 et une arthrose C5-C6, traitées en 2000 par discectomie au niveau C4-C5 et C5-C6 et par fusion vertébrale C5-C6 avec pose d'implants, ainsi qu'une hernie discale paracentrale foraminale gauche en C6-C7. Elle a en outre fait état d'une quasi-absence de mobilité cervicale à l'exploration et de vertiges déclenchés par des céphalées, et estimait qu'il convenait de limiter les surcharges mécaniques intenses à modérées du rachis cervical et de la ceinture scapulaire. La Dresse E._____ a conclu que l'assuré était incapable de travailler en tant que chauffeur de taxi, mais qu'il était apte à exercer à plein temps une activité moyenne adaptée, n'exigeant pas de se pencher, ni de soulever ou de transporter des objets. Le TAF avait, en outre, remarqué qu'une symptomatologie douloureuse lors de mouvements de rotation du cou avait également été relevée par le Dr P._____ dans le procès-verbal du 27 mars 2001 (AI pce 23 p. 7) et le Dr L._____ de la Clinique C._____ dans le rapport du 17 avril 2001 (AI pce 23 p. 5). Il sied encore de

mentionner le rapport de mai 2004 du Dr M._____ qui a aussi fait état d'une rigidité cervicale avec difficultés fonctionnelles lors de rotations et mouvements de flexion-extension (AI pce 23 p. 8) ainsi que le document manuscrit du 20 mai 2004 mentionnant pour l'essentiel des éléments exposés par le Dr M._____ (AI pce 23 p. 9).

Le Tribunal, dans l'arrêt précité, a ensuite considéré que le Dr D._____ (AI pce 28) a retenu comme diagnostics un status après traumatisme cervical en 2000 ainsi qu'un status après discectomie cervicale. Il a estimé que l'activité de chauffeur nécessitait des mouvements de la tête très difficiles à effectuer considérant l'atteinte dont souffrait l'assuré. Il a conclu à une incapacité de travail de 20% dès le 26 août 2000 quand l'accident de route s'est produit, puis de 70% dès le 18 décembre 2004 dans l'activité habituelle, mais dès le 26 août 2000 à une pleine capacité dans une activité de substitution où les mouvements de la tête ne sont pas indispensables. A titre d'exemple, il a mentionné les activités de surveillant de parking et de musée, de caissier, de vendeur de billets, de réceptionniste, de standardiste ou téléphoniste.

Ainsi, le médecin de l'OAIE a corroboré les constatations et appréciations de la Dresse E._____.

8.2 Il est rappelé que l'OAIE disposait le 22 août 2007 encore des documents médicaux suivants, confirmant l'état de santé exposé ci-dessus :

- les résultats du 21 septembre 2000 de l'examen IRM cervical, signé du Dr N._____ de la Clinique C._____ qui conclut à une ostéochondrite C5-C6 avec arthrose antérieure et lésion ostéophytique discale postérieure, provoquant un rétrécissement du canal rachidien, ainsi qu'à une hernie discale médiane C4-C5 et à une petite protrusion discale C6-C7 (AI pce 23 p. 4),
- les rapports des 18 octobre et 7 novembre 2000 du Dr B._____, neurochirurgien, faisant état d'une cervico-brachialgie droite d'origine traumatique, conséquence d'un accident de la circulation le 26 août 2000, pour laquelle une intervention chirurgicale est indiquée et notant une arthrose cervicale C4-C5 et C5-C6 (AI pce 23 p. 2 et 3),
- l'attestation du 28 novembre 2000 de la Clinique C._____ selon laquelle l'assuré a eu un accident le 26 août 2000 et est sorti de la

clinique le 20 novembre 2000 pour suivre un traitement ambulatoire (AI pce 23 p. 6),

- le rapport médical du 2 décembre 2004 du service de traumatologie de la Clinique C. _____ qui indique que l'assuré présentait, suite à un accident de la route, une entorse cervicale et une entorse dorsale, lesquelles ont été traitées le 13 novembre 2000 par une intervention chirurgicale consistant en une fusion vertébrale avec discectomie au niveau C4-C5 et C5-C6 et pose d'implants en titane, les suites de l'opération s'étant déroulées sans complications ; l'assuré a quitté l'hôpital le 20 novembre 2000 pour poursuivre le traitement sous forme ambulatoire jusqu'au 26 mars 2001, date de sa sortie définitive (AI pce 23 p. 1),
- les résultats du 23 décembre 2004 de l'examen IRM de la colonne cervicale, signé du Dr O. _____ qui note une inversion de la lordose et une altération post-chirurgicale au niveau du rachis cervical, altération qui montre un petit foyer hyper-intense au niveau intervertébral C4-C5, accompagné d'une myélopathie par compression, ainsi qu'une hernie discale paracentrale foraminale gauche en C6-C7 (AI pce 21),
- le rapport du 18 juillet 2006 de l'Equipe d'évaluation de l'invalidité de l'INSS qui indique une hernie discale C4-C5 et une arthrose C5-C6, traitées en 2000 par discectomie au niveau C4-C5 et C5-C6 et par fusion vertébrale C5-C6 avec pose d'implants, ainsi qu'une hernie discale paracentrale foraminale gauche en C6-C7 ; il est proposé que l'intéressé soit reconnu en incapacité permanente totale (AI pce 22).

8.3 Le TAF a aussi remarqué dans l'arrêt C-2933/2014 cité consid. 6.1 que sur la base des observations médicales susmentionnées, l'OAIE a déterminé (AI pce 30) un taux d'invalidité de 20% dès le 26 août 2000 et de 27% dès le 18 décembre 2004, selon l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale de comparaison des revenus.

9.

9.1 Lorsque l'OAIE a rendu sa décision contestée du 13 décembre 2016, il disposait dans un premier temps du rapport médical détaillé E 213 du 3 décembre 2013, établi par la Dresse F. _____ (AI pce 38) qui a retenu les diagnostics de hernie discale C4-C5 et d'arthrose C5-C6, traitées en 2000 (discectomie au niveau C4-C5 et C5-C6 et fusion vertébrale C5-C6

avec pose d'implants), ainsi que de hernie discale paracentrale foraminale gauche en C5-C6, et a noté une intervention chirurgicale lombaire en 2002 qui n'est toutefois pas documentée. La Dresse F._____ a conclu que l'assuré était incapable de travailler en tant que chauffeur de taxi, mais qu'il était apte à travailler dans une activité adaptée qui n'impliquait pas une surcharge du rachis cervical. Concrètement, elle a indiqué qu'il convenait de limiter la surcharge mécanique du rachis cervical et de la ceinture scapulaire et que l'assuré était capable d'exercer une activité régulière légère, étant toutefois limité dans la réalisation des tâches exigeant de se pencher, de soulever ou de transporter des objets, et d'user de rampes, d'escaliers ou d'échelles.

Se fondant sur ce rapport médical détaillé E 213, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne et néphrologie du service médical de l'OAIE a estimé dans sa prise de position du 26 janvier 2014 (AI pce 42) qu'il n'était pas établi de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, considérant que le status et les plaintes décrits étaient identiques à ceux qui avait été rapportés précédemment et qu'il n'y avait aucun changement à signaler par rapport à la situation antérieure.

9.2 Suite au projet de décision du 31 janvier 2014 (AI pce 43), l'assuré a déposé au dossier le rapport médical du 3 avril 2014 établi par le Dr G._____, médecin de famille (AI pce 47 p. 1). Celui-ci a déclaré que l'assuré a subi en décembre 2008, à la suite d'un accident de la circulation, une intervention chirurgicale de la colonne lombaire, durant laquelle une plaque a été implantée afin de fixer l'hémicorps gauche au niveau des vertèbres lombaires 2 et 3. Il a noté que son patient souffrait de fréquentes douleurs lombaires irradiant dans les fesses et parfois jusqu'à l'arrière des cuisses. Les radiographies montreraient des signes dégénératifs au niveau de l'articulation sacro-iliaque et de la colonne lombaire.

La Dresse H._____, dans sa prise de position du 4 mai 2014 (AI pce 49), a soutenu que le rapport du médecin de famille n'apportait pas d'éléments nouveaux puisque les douleurs et atteintes qu'il rapportait avaient déjà été mentionnées dans le rapport médical détaillé E 213 du 3 décembre 2013. Or, le status clinique figurant dans ce dernier rapport serait pour l'essentiel identique à celui du rapport E 213 du 13 septembre 2006. La Dresse H._____ a alors maintenu que les documents produits par l'intéressé n'ont pas rendu plausible une modification de la situation susceptible d'influencer ses droits.

9.3 Suite à l'arrêt du TAF C-2933/2014 cité selon lequel l'OAIE devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, ont été versés en cause les deux rapports ci-après :

- le rapport du 27 janvier 2016 de Monsieur I._____, spécialisé en psychologie clinique qui a procédé à un examen psychopathologique et cognitif. Il a décrit les antécédents, le résultat de son examen multiple et a remarqué que la performance était très faible par rapport à l'âge de l'assuré et le niveau prémorbide estimé. Le psychologue a également observé une symptomatologie dépressive très intense, soit un trouble dépressif majeur, alors que l'assuré aurait essayé de paraître fort et intègre. Il a aussi noté une idéation autolytique qui n'aurait pas été clairement définie, mais possible en tant qu'acte impulsif dans le cas où la situation actuelle était maintenue. Il a conclu que les déficits cognitifs actuels étaient incompatibles avec la poursuite adéquate de toute activité professionnelle et conseillé urgentement un suivi médical (Al pce 74),
- le rapport médical du 1^{er} février 2016 du Dr J._____, traumatologue et chirurgien orthopédique, faisant état des antécédents, soit d'une entorse cervicale en 2000, d'une intervention chirurgicale cette même année et d'arthrodèse C4-C5 et C5-C6 ainsi que d'une intervention à la colonne lombaire en 2008 et d'un retrait du matériel d'ostéosynthèse en 2010, des plaintes de l'assuré qui rapporte des rachialgies chroniques, des limitations douloureuses de la mobilité du rachis dans tous ses segments et des douleurs irradiantes dans les membres supérieurs et inférieurs. Lors de l'examen clinique, ce spécialiste a observé une limitation de la mobilité de la colonne vertébrale dans tous les axes d'environ 50%, une contracture de la musculature paravertébrale, sans observation de déficits neurologiques. Comme résultat de l'examen radiologique, il a mentionné une cervicarthrose et une rectification de la lordose, une arthrodèse C4-C5 et C6-C7 (greffons filetés métalliques) ainsi qu'une lombarthrose et rectification de la lordose et des discopathies L1-L2, L2-L3 et L3-L4. Le Dr J._____ conclut que les atteintes chroniques de la colonne cervicale et lombaire sont responsables de douleurs et de limitations de la mobilité du rachis qui exacerbent lors des efforts physiques et des positions statiques prolongés. Il note également qu'il n'y a pas d'indications chirurgicales, mais qu'un traitement médical et une réhabilitation période est nécessaire.

Dans sa prise de position du 25 avril 2016, la Dresse H._____ de l'OAIE (AI pce 79) a relevé qu'il manquait un rapport neurologique et des indications sur le traitement médical actuel. Elle a par ailleurs remarqué que le rapport neuropsychologique qui n'a pas été réclamé était superflu.

9.4 L'assuré a encore produit en cause les documents médicaux suivants :

- l'attestation du 23 mars 2000 de la Clinique C._____, réhabilitation, mentionnant que l'assuré a suivi du 19 septembre 2000 au 23 mars 2001 82 séances de réhabilitation (AI pce 89),
- le rapport médical du 11 décembre 2000 du B._____ qui informe que l'assuré a été opéré le 13 novembre 2000 d'une spondylose cervicale C4-C5 et C5-C6, qu'il va mieux, et qu'il est convoqué pour un réexamen dans un mois avec radiographie cervicale (AI pce 90).

9.5 Une nouvelle fois invitée à prendre position, la Dresse H._____ a relevé dans son avis du 15 août 2016 (AI pce 95) que l'assuré n'a produit que peu de nouveaux rapports médicaux. Elle a également remarqué que les rapports des 23 mars 2000 de la Clinique C._____ et du 11 décembre 2000 du Dr B._____ ne contiennent pas de nouveaux diagnostics et que les constats relevés ont déjà été mentionnés dans les autres rapports médicaux, dont le rapport du 26 mars 2001 de la Clinique C._____. Ils confirment ainsi la documentation médicale dont l'OAIE avait connaissance lorsqu'il a rendu sa décision du 22 août 2007. La Dresse H._____ a ensuite considéré que le Dr J._____, dans son rapport médical du 1^{er} février 2016, avait mentionné des douleurs chroniques en cas d'effort physique et de positions statiques. S'agissant du rapport du 3 avril 2014 du Dr G._____, elle a remarqué qu'il ne contenait pas d'état clinique. Elle a également noté que le rapport médical E 213 du 3 décembre 2013 ne faisait pas non plus état d'une modification déterminante de l'état clinique comparé au rapport E 213 du 13 septembre 2006. Elle a alors conclu que compte tenu des documents versés en cause, l'assuré ne saurait établir une dégradation déterminante pour la rente de son état de santé depuis l'appréciation du Dr D._____. Le fait qu'il a été opéré en 2008 au niveau de la colonne lombaire n'aurait pas impliqué une dégradation objectivable de son état, les activités adaptées étant les mêmes pour toute la colonne vertébrale. Ainsi, comme auparavant, il présenterait une incapacité de travail de 70% dans son ancienne activité depuis 2007 mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée légère pour la colonne vertébrale et n'impliquant pas de postures contraignantes pour celle-ci.

10.

10.1 L'OAIE fonde sa décision litigieuse du 13 décembre 2016 sur les différentes prises de position de la Dresse H._____ (Al pces 42, 49, 79 et 95) qui s'est prononcée sur les rapports E 213 du 3 décembre 2013 de la Dresse F._____ (Al pce 38; consid. 9.1 et 9.5), le rapport du 3 avril 2014 du Dr G._____ (Al pce 47 p. 1; consid. 9.2 et 9.5) et le rapport du 1^{er} février 2016 du Dr J._____ (Al pce 73; consid. 9.3 et 9.6) qui font état des troubles orthopédiques de l'assuré au niveau cervical et lombaire.

Dans le dossier se trouve encore le rapport du 27 janvier 2016 du psychologue I._____ (Al pce 74) qui a procédé à un examen psychopathologique et cognitif. Ce psychologue a constaté lors de son examen des déficits cognitifs qui selon lui étaient incompatibles avec l'exercice adéquate d'une activité professionnelle. Il a également évoqué la présence d'un trouble dépressif majeur avec une idéation autolytique, nécessitant urgemment un suivi médical.

La Dresse H._____ a estimé dans sa prise de position du 25 avril 2016 (Al pce 79) que ce rapport qui n'a pas été réclamé de la part de l'OAIE était superflu et totalement inapproprié pour déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assuré d'un point de vue médical. Or, le TAF ne saurait suivre ce médecin. S'il est vrai que l'OAIE n'a pas réclamé de la part de l'assuré un rapport neuropsychologique et qu'aucun médecin n'a auparavant fait état de la présence d'un trouble psychique, il appartenait à l'administration qui devait examiner la nouvelle demande de prestations de l'assuré sur le fond (cf. consid. 4.2 ci-dessus) de tenir compte de tous les problèmes de santé de l'assuré et de prendre, cas échéant, en vertu de la maxime inquisitoire (cf. consid. 2.2 et 7.1), des mesures d'instructions nécessaires. Or, Monsieur I._____, qui n'est certes pas médecin mais néanmoins formé en psychologie clinique, a fait état de troubles et de déficits graves qui, selon celui-ci, excluent toute capacité de travail de l'assuré. Partant, l'OAIE ne pouvait pas ignorer les constatations de ce spécialiste. Afin de répondre aux exigences jurisprudentielles citées (cf. consid. 6.3), il lui aurait appartenu de demander au moins un rapport médical psychiatrique afin de pouvoir se déterminer sur ces problèmes ; le recourant s'est d'ailleurs déclaré d'accord, dans son courrier reçu le 5 juillet 2016, à se soumettre à un nouvel examen médical (Al pce 93; pour la traduction en français : TAF pce 18 annexe 2). La Dresse H._____, en tant que médecin interniste et néphrologue, ne disposait du reste pas des qualifications requises pour se prononcer valablement sur les troubles psychiques observés. En effet, selon la jurisprudence, la qualification du

médecin joue un rôle déterminant pour juger du bien-fondé de son avis, cela d'autant plus lorsque l'on se trouve en présence d'une maladie psychique (cf. arrêts du TF 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1 et 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). Le médecin de l'OAIE aurait donc dû demander l'avis d'un collègue spécialisé en psychiatrie.

10.2 Dès lors, le TAF constate que l'état de santé de l'assuré et ses répercussion sur sa capacité de travail n'ont pas été établis avec un degré de vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.4) et ne permettent pas une comparaison valable avec la situation évaluée le 22 août 2007.

Il appartiendra ainsi à l'OAIE de compléter le dossier médical et de se prononcer à nouveau sur la question de savoir si une modification déterminante de l'état de santé de l'assuré est intervenue depuis 2007 (cf. concrètement consid. 11.2). A ce sujet, le TAF tient à préciser qu'il est établi sur le volet somatique que l'état de santé de l'assuré se trouvait aggravé le 13 décembre 2016. En effet, celui-ci ne souffrait plus que des troubles limités au rachis cervical et à la ceinture scapulaire dont l'OAIE a tenu compte dans sa décision du 22 août 2007 (cf. consid. 8.1 et 8.2; AI pces 38 et 73) mais aussi de problèmes au niveau lombaire. En effet, le Dr J._____, traumatologue et chirurgien orthopédique et ainsi spécialiste, a fait état dans son rapport du 1^{er} février 2016 (AI pce 73) d'une intervention à la colonne lombaire en 2008, d'un retrait du matériel d'ostéosynthèse en 2010, d'une lombarthrose et de discopathies L1-L2, L2-L3 et L3-L4 ; il n'a cependant pas observé de déficits neurologiques. La Dresse F._____, (AI pce 38) et le Dr G._____, (AI pce 47 p. 1) ont également mentionné une intervention chirurgicale au niveau lombaire. Eu égard à la jurisprudence (cf. consid. 4.2), ce changement important de l'état de santé de l'assuré justifie une révision, avec établissement correct et complet des faits et une nouvelle évaluation, nuancée, de la situation, sans référence aux évaluations antérieures.

10.3 En l'état, le TAF ne saurait donc se déterminer sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et donner suite aux conclusions de celui-ci tendant à l'octroi d'une rente.

Il est notamment rappelé que l'assuré ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait qu'il touche en Espagne depuis plusieurs années une rente (AI pces 22 et 72 p. 1). En effet, le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2 ci-dessus). L'OAIE peut alors s'écarter des décisions de l'assurance sociale espagnole.

Le TAF précise encore qu'en Suisse, l'invalidité se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire de l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi (cf. art. 6 LPGA; consid. 5.2 ci-dessus). Plus encore, selon un principe général valable en assurances sociales, la personne assurée a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Cette obligation implique notamment que l'assuré s'intègre de son propre chef dans le marché du travail (à titre d'exemple : arrêt du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et références).

11.

11.1 Eu égard à tout ce qui précède, il sied d'admettre le recours partiellement et d'annuler la décision attaquée. En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'affaire est renvoyée à l'OAIE afin qu'il procède à des instructions complémentaires. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé dans sa jurisprudence 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 de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'Office AI a omis d'instruire l'état de santé de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail d'une manière complète notamment sur le volet psychiatrique (cf. consid. 10.1 ci-dessus).

11.2 Concrètement, il appartiendra à l'OAIE d'organiser une expertise médicale en Suisse qui portera au moins sur les volets psychiatrique et orthopédique afin d'actualiser le dossier médical entier à la date de la nouvelle décision à rendre (cf. arrêts du TF 9C_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1, 9C_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4) et de pouvoir évaluer l'état de santé de l'assuré dans son ensemble eu égard aux exigences de la jurisprudence suisse (notamment jurisprudence citée dans les consid. 6.3 et 7.3.1). Les médecins et l'OAIE devront examiner si une

modification déterminante de l'état de santé est intervenue depuis le 22 août 2007. Il est rappelé que dans la mesure où l'aggravation de l'état de santé de l'assuré est toujours établie, elle doit être évaluée d'une façon complète et nuancée, sans se référer à l'appréciation précédente (cf. consid. 4.2 et 10.2).

11.3 Enfin, l'assuré étant né le 1^{er} janvier 1956, l'OAIE tiendra compte de la jurisprudence selon laquelle il faut se demander lorsqu'un assuré se trouve proche de l'âge de la retraite, si de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble celui-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail ; l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 e 3.2; notamment : arrêts du TF 9C_118/2015 du 9 juillet 2015 consid. 2.2, 4.3, 9C_456/2014 du 19 décembre 2014 consid. 3.3.2, 9C_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et références, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2, I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3). Il est notamment rappelé que le moment déterminant pour juger de l'utilisation de la capacité résiduelle de travail d'une personne assurée correspond au moment auquel il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). Toutefois, il est également rappelé que le seul écoulement du temps ne peut pas en soi légitimer l'octroi d'une rente d'invalidité après un premier refus ou son augmentation pour la seule raison que la personne assurée a entre-temps atteint un âge (plus) avancé (arrêts du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2, 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2 et 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5).

11.4 L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

12.

12.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure. En effet, suite au renvoi de l'affaire pour complément d'instruction et nouvelle décision, le recourant a obtenu gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2) et, à ce titre, il ne doit pas participer aux frais de procédure conformément à l'art. 63 al. 1 PA. L'avance de frais de 838.73 francs, versée par le recourant (TAF pces 13 et 14), lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA).

12.2 Il n'est pas alloué de dépens. En effet, bien que le recourant ait obtenu gain de cause (cf. ci-dessus), il a agi sans représentation professionnelle et n'a pas dû supporter des frais élevés (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis partiellement et la décision du 13 décembre 2016 annulée.

2.

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 838.73 francs, versée par le recourant, lui est restituée 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 :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 :