

BVGer C-2947/2022 vom 2. Mai 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2947_2022_d20220502

FR: TAF C-2947/2022 du 2 mai 2022

IT: TAF C-2947/2022 del 2 maggio 2022

Regeste

Droit à la rente | Assurance-invalidité; refus de rente; décision du 2 mai 2022

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente AI.

E. 3

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il 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 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). 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, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 2 mai

2022, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours, à savoir : jusqu'au 31 décembre 2021, au regard des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ; et, dès le 1er janvier 2022, au regard des modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que de celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022. Dans la mesure où, en l'espèce, l'application du nouveau droit pour la période du 1er janvier 2022 au 2 mai 2022 n'est pas plus favorable au recourant, les dispositions citées ci-après sont, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 4.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 2 mai 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

E. 4.3

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'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 (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 LAVS [RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (voir extrait de compte individuel [OAIE pce 6]). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 6.2

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

E. 6.3

Selon 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2).

E. 7.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a

jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

E. 7.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 7.2.1

Ainsi, 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. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

E. 7.2.2

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, 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 celui-ci ou celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016

du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 n° 48 et 49).

E. 7.2.3

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Valterio, op. cit., art. 57 n° 43). Les prises de position des SMR et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR : arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 n° 7 et 42 ss, et art. 59 n° 2). Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3).

E. 8

En l'espèce, la décision litigieuse se fonde précisément sur l'avis du service médical de l'OAIE, exprimé dans une première prise de position du 16 février 2022 (OAIE pce 24), puis confirmé en procédure de recours dans une seconde prise de position du 24 août 2022 (TAF pce 6). Faisant état des différentes atteintes dont a souffert le recourant depuis 1993 telles qu'elles ressortent des documents versés en cause, le Dr C._____ considère dans ses avis que le recourant présente principalement une hypoacousie neuro-sensorielle (H90.3) et un trouble de l'adaptation avec anxiété. Cela étant, il relève, au niveau ORL, que l'hypoacousie étant de degré moyen (perte d'ouïe globale de 58%) et pouvant être compensée par des appareils auditifs, elle est compatible avec la conduite. Du point de vue psychique, il indique qu'il est uniquement question d'un trouble de l'adaptation avec anxiété et que cette affection ne justifie pas une incapacité de longue durée, d'autant que l'évolution est décrite comme favorable. En conséquence, le Dr C._____ ne retient aucune limitation fonctionnelle et estime qu'il n'existe pas d'éléments pouvant justifier une invalidité. Le recourant, quant à lui, demande le réexamen de son cas. Il déclare souffrir depuis longtemps d'une perte auditive et explique que son ouïe s'est détériorée en raison du bruit des machines avec lesquelles il a travaillé en Suisse de nombreuses années ; il évoque en outre

d'importants acouphènes. Il allègue enfin qu'en raison de son anxiété et sa dépression, il reste couché dans sa chambre toute la journée.

E. 9

A la lecture des prises de position du Dr C. _____ et de la documentation médicale versée au dossier, le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'autorité inférieure et de son service médical, lequel a tenu compte de l'ensemble des éléments contenus dans les rapports produits en cause. Il convient notamment de relever qu'aucun des documents médicaux au dossier ne remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, dans la mesure où il s'agit pour la plupart de résultats d'examens, de protocoles et rapports chirurgicaux relatifs aux diverses interventions subies par l'intéressé, ainsi que de rapports de sortie d'hospitalisation, lesquels se bornent à décrire les atteintes et les traitements réalisés, mais ne portent pas de jugement sur l'état de santé, ni ne s'expriment sur les limitations fonctionnelles dues à ces atteintes et leurs répercussions éventuelles sur la capacité de travail du recourant (voir supra consid. 7.1 et 7.2.1).

E. 9.1

Ainsi, se trouvent au dossier les résultats d'une échographie testiculaire et de la paroi abdominale du 12 novembre 1993, un rapport de pré-hospitalisation du 16 décembre 1993 et un avis de sortie de la clinique de chirurgie digestive de l'Hôpital cantonal universitaire de Y., du 18 janvier 1994, qui font état d'une hernie inguinale gauche, opérée le 17 janvier 1994 (OAIE pces 14, 16, 17). Puis un rapport rhumatologique du 26 octobre 1995 conclut à la présence, vraisemblablement, de dorso-lombalgies chroniques communes, pour lesquelles un traitement de physiothérapie a été recommandé (OAIE pce 18). Par la suite, des rapports des 5 février, 25 mars et 22 avril 2009 du service ORL du CHU de Z., un rapport radiologique du 23 février 2009, ainsi qu'un protocole chirurgical et un rapport du service d'anesthésiologie du CHU de Z. du 25 mars 2009 indiquent que le recourant a présenté en février 2009 une déviation septale et une laryngite postérieure due à un reflux gastro-oesophagien, traitées avec succès par septoplastie le 25 mars 2009. Ces documents font également état d'une stapédecomie gauche que le recourant aurait subie douze ans plus tôt, à Y., ainsi que d'une légère hypoacousie dans les basses fréquences à droite ; l'audition à gauche est qualifiée de bonne (annexes à TAF pce 1). Un rapport de sortie de chirurgie ambulatoire (incomplet) et un protocole chirurgical du 27 janvier 2014, établis par le service ORL du CHU de Z., ainsi qu'un rapport radiologique du 31 janvier 2014 montrent ensuite que l'intéressé a subi le 27 janvier 2014, également avec succès, une intervention par radiofréquence au niveau des cornets inférieurs, afin de traiter une hypertrophie de ces cornets causant une insuffisance respiratoire nasale (annexes à TAF pce 1). Puis des documents du 8 février 2016 du service ORL du CHU de Z., que l'intéressé aurait consulté parce que son employeur ne l'aurait plus autorisé à travailler à cette époque, indiquent qu'à cette date, une otoscopie et une audiométrie ont été réalisées : l'audiométrie montre une perte moyenne d'audition dans les deux oreilles de 27%. A cette occasion, le médecin consulté a donné son avis quant à la perte d'audition, la qualifiant de légère, et s'est prononcé sur les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant, estimant qu'il n'y avait pas de contre-indication à la conduite. Par la suite, un rapport du 9 janvier 2019, toujours du service ORL du CHU de Z., constate une perte binaurale de l'acuité auditive à peu près équivalente, de 28.08%, certainement liée à une otosclérose ; l'adaptation de prothèses auditives est recommandée (annexes à TAF pce 1). Enfin, un protocole chirurgical et un rapport de sortie du service de chirurgie générale et digestive du

CHU de Z., ainsi qu'un document non daté concernant une écho-endoscopie digestive, laquelle montre principalement une lithiase de la vésicule biliaire, rapportent qu'une cholécystectomie a été pratiquée le 18 août 2017 en raison d'une cholécystite ; un rapport du service d'anatomie pathologique du CHU de Z. du 25 août 2017 fait également état d'une cholécystopathie lithiasique (annexes à TAF pce 1).

E. 9.2

Il appert de ce qui précède, outre le fait qu'un seul médecin se soit exprimé sur la capacité de travail, que les différentes atteintes et traitements décrits dans les documents précités ne sont pas propres à fonder une invalidité ouvrant droit à des prestations. En effet, si ces atteintes et traitements ont certes eu pour conséquence des arrêts de travail ponctuels, parfois de longue durée, comme cela ressort du questionnaire pour l'employeur du 14 janvier 2022 (OAIE pce 22 p. 3), ils n'ont pas empêché l'intéressé d'être engagé comme chauffeur de bus, puis de continuer à exercer cette activité. Le questionnaire pour l'employeur du 14 janvier 2022 indique ainsi que le recourant, engagé comme chauffeur le 1er juillet 2000, s'est trouvé en arrêt de travail pour maladie du 23 mars au 23 avril 2009, au moment de la septoplastie réalisée le 25 mars 2009, puis du 27 janvier 2014, date de l'intervention par radiofréquence des cornets inférieurs, au 24 février 2014. Par la suite, il a été en arrêt maladie du 9 janvier 2015 au 18 mars 2016, vraisemblablement parce que son employeur ne l'aurait plus autorisé à travailler en raison de sa perte d'audition ; or, l'audiométrie effectuée le 8 février 2016 montre une perte moyenne d'audition dans les deux oreilles de 27%, que le médecin du service ORL du CHU de Z. qualifie de légère, sans contre-indication à la conduite, ce que confirme l'équipe d'évaluation de l'invalidité de l'INSS dans un avis du 11 mars 2016, estimant que la perte auditive de 27% ne limite pas la capacité de travail de l'intéressé (annexe à TAF pce 1). Ce dernier ne présentait donc pas d'incapacité de travail à cette époque et a repris son activité de chauffeur dès le 19 mars 2016. Enfin, après la cholécystectomie pratiquée le 18 août 2017, qui a nécessité un arrêt de travail du 17 août au 28 septembre 2017, le recourant n'a plus interrompu l'exercice de son activité habituelle jusqu'à l'arrêt définitif le 3 août 2020. Il sied de relever au demeurant que même si une invalidité avait résulté de ces atteintes (art. 28 al. 1 LAI), le recourant n'aurait pas eu droit à une rente d'invalidité suisse, dans la mesure où ces atteintes et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail sont bien antérieures au dépôt de la demande de prestations et que le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de dépôt de cette demande (art. 29 al. 1 LAI ; voir supra consid. 6).

E. 9.3

Les autres documents versés au dossier, plus récents, ne s'avèrent pas non plus de nature à fonder une invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité au sens du droit suisse. En effet, se trouve encore au dossier un rapport de sortie du service des urgences du CHU de Z. (annexe à TAF pce 1), où l'intéressé s'est rendu, en raison de vertiges et d'une sensation d'oppression, le 30 juillet 2020, soit quelques jours avant qu'il ne cesse définitivement son activité professionnelle. Le service des urgences pose alors l'hypothèse diagnostique d'état anxieux dépressif, tout en précisant qu'il n'y a pas de sévérité clinique, et ne prescrit aucun médicament anxiolytique au vu de l'activité professionnelle de l'intéressé, pour laquelle aucune incapacité n'est prononcée. Une orientation vers l'USM est néanmoins envisagée pour une prise en charge psychothérapeutique. Un second rapport du service des urgences du CHU de Z., où l'intéressé se rend le 24 septembre 2020, souffrant de douleurs

abdominales, est produit en cause, suivi d'un protocole opératoire du 25 septembre 2020 et d'un rapport de sortie du 27 septembre 2020 établis par le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Z., ainsi que d'un rapport de pathologie chirurgicale du 13 octobre 2020 (annexes à TAF pce 1). Ces documents indiquent qu'une appendicectomie a dû être réalisée le 24 septembre 2020, en raison d'une appendicite aiguë (voir également les résultats d'un examen radiologique du thorax et d'un scanner abdomino-pelvien réalisés le 23 septembre 2020 [annexe TAF pce 1]). Si, dans le rapport de sortie du 27 septembre 2020, une période de convalescence de 4 à 6 semaines sans efforts physiques intenses est recommandée par les médecins, durant laquelle on peut admettre que l'intéressé a présenté une incapacité de travail totale bien que les médecins ne se soient pas exprimés à cet égard, cette période n'est toutefois pas d'une durée suffisante pour que les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI, nécessaires à l'ouverture du droit à une rente, soient remplies (voir supra consid. 6.2). Quant au rapport radiologique du 11 décembre 2020 (annexe TAF pce 1), également joint au recours, il se limite à mentionner des résultats de radiographies de la colonne cervicale et lombosacrée effectuées le 1er décembre 2020 au CHU de Z., à savoir des troubles dégénératifs, sans décrire d'éventuelles restrictions fonctionnelles ou répercussions de ces troubles sur la capacité de travail de l'intéressé ; au demeurant, aucun autre document ne fait état de ces atteintes.

E. 9.4

Enfin, ni le rapport du 23 août 2021 de la Dre B. _____, établi dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail réalisée par les autorités de sécurité sociale espagnoles (OAIE pce 7), ni le rapport E 213 de ce même médecin, daté du 25 octobre 2021 (OAIE pce 9), ne convainquent de l'existence d'une incapacité de travail ouvrant droit à une rente. Certes, le rapport du 23 août 2021 est plus complet que les autres documents médicaux au dossier. Ainsi, la Dre B. _____ y note le diagnostic de trouble de l'adaptation mixte, avec anxiété et dépression (F43.23), qu'elle considère comme le diagnostic principal, et celui d'hypoacousie neuro-sensorielle bilatérale. Elle y rapporte, quoique sommairement, quelques-uns des antécédents médicaux de l'intéressé, les plaintes de ce dernier et quelques observations cliniques succinctes. Puis, elle indique, sous la rubrique 5 du rapport, intitulée « Limitations organiques et/ou fonctionnelles », la perte d'ouïe globale de 58% (dernière audiométrie du 11 décembre 2020 : perte d'ouïe : 65% à droite, 57% à gauche [OAIE pce 8]) et l'anxiété flottante fluctuante. Cela étant, ces « limitations », mentionnées par la Dre B. _____, apparaissent bien plus comme la description, exprimée en d'autres termes, des atteintes diagnostiquées, que comme la description des restrictions ou difficultés que ces atteintes pourraient causer dans l'exercice de l'activité de chauffeur ou de tout autre activité. Par ailleurs, amenée en fin de rapport à faire une évaluation clinico-professionnelle du cas, la Dre B. _____ se contente de renvoyer au règlement applicable aux chauffeurs, sans prendre position à cet égard, de sorte qu'elle ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant. Quant au rapport E 213 du 25 octobre 2021, il est encore plus succinct que le rapport du 23 août 2021, auquel renvoie d'ailleurs la Dre B. _____. Ainsi, celle-ci se borne à reprendre dans le rapport E 213 les diagnostics et limitations fonctionnelles, tels qu'indiqués dans le rapport du 23 août 2021, et à signaler, en réponse aux questions relatives à la capacité de travail, que l'invalidité retenue en vertu de la législation espagnole est une invalidité permanente totale (IPT), selon un avis de l'équipe d'évaluation de l'invalidité du 27 août 2021 (« IPT Dictamen EVI fecha 27/08/2021 »). A cet égard, il est important de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après

l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions et avis des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 9.5

On ne voit donc pas, à la lecture de ces rapports, en quoi les atteintes diagnostiquées limiteraient ou empêcheraient le recourant d'exercer son activité habituelle.

E. 9.5.1

Comme l'indique le Dr C._____, la perte auditive, à 58%, est de degré moyen et peut être améliorée par des appareils auditifs ; or, l'intéressé n'en semble toujours pas pourvu, la Dre B._____ notant dans son rapport du 23 août 2021 qu'il faut, pour maintenir la conversation, élever la voix ou utiliser un support visuel. Quant aux acouphènes allégués par le recourant, ils ne sont nulle part documentés, ainsi que le signale le Dr C._____.

E. 9.5.2

S'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété, diagnostic principal selon la Dre B._____ (troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions [F.43.23]), il y a lieu de relever que depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 ss, en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes (voir ATF 125 V 351) et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine ; 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1 ; Valterio, op. cit., art. 4 n° 22). En l'espèce, la première fois que des troubles d'ordre psychologique ont été évoqués, selon la documentation au dossier, c'est par le service des urgences du CHU de Z. dans son rapport de sortie, suite à une visite du recourant le 30 juillet 2020 (annexe à TAF pce 1). A cette occasion, le service des urgences ne pose pas un diagnostic définitif, mais une hypothèse diagnostique d'état anxieux dépressif. Il n'y voit pas de sévérité clinique et ne prescrit aucun médicament. Une orientation vers l'USM est néanmoins envisagée pour une prise en charge psychothérapeutique. Toutefois, aucun document de cette unité ne figure au dossier, ni, du reste, aucun rapport spécialisé d'un praticien ou d'une praticienne dont on saurait qu'il ou elle est psychiatre ou, à tout le moins, psychologue. Tout au plus apprend-on à la lecture du rapport du 23 août 2021 de la Dre B._____ que l'USM aurait diagnostiqué un trouble de

l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (F43.23), qu'un traitement pharmacologique et psychothérapeutique serait indiqué, et que l'évolution serait bonne, avec des hauts et des bas. D'ailleurs, mis à part le rapport précité du service des urgences, seuls le rapport du 23 août 2021 et le rapport E 213 de la Dre B. _____, dont on ne connaît pas, au demeurant, la spécialité, font état de troubles psychologiques, retenant également le diagnostic de trouble de l'adaptation mixte, avec anxiété et dépression ou humeur dépressive. Aucun des autres documents au dossier ne rapporte ce diagnostic, ni ne fait état d'un suivi thérapeutique. S'agissant du traitement médicamenteux, le second rapport du service des urgences du CHU de Z., où l'intéressé se rend le 24 septembre 2020, souffrant de douleurs abdominales, puis le rapport de sortie du 27 septembre 2020 du service de chirurgie générale et digestive du CHU de Z. (annexe TAF pce 1) notent la prise de Sertraline, antidépresseur en cas de dépression légère à modérée, et de Lorazepam, anxiolytique (voir compendium.ch). Toutefois, déjà dans le rapport du 23 août 2021, seule la prise de Lorazepam est signalée, confirmant l'évolution favorable du trouble de l'adaptation. Enfin, il sied d'ajouter, comme l'indique le Dr C. _____, que d'un point de vue médical, le trouble d'adaptation est par définition un phénomène temporaire (Dilling/Mombour/Schmidt [édit.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10e éd. 2015, F43.2 p. 209), ce que semble confirmer en l'espèce la documentation au dossier qui rapporte l'évolution favorable rapide du recourant sur le plan psychologique. C'est pourquoi ce trouble n'est pas considéré comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (arrêts du TF 9C_87/2017 du 16 mars 2017 ; 9C_210/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2 in fine ; arrêt du TAF C-6371/2017 du 15 mars 2021 consid. 9.7.2). En conséquence, l'appréciation du Dr C. _____ niant le caractère invalidant au sens de l'AI de l'atteinte psychologique rapportée par certains documents au dossier est confortée par l'analyse de ces documents, et l'on peut en l'espèce renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs.

E. 10

Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans retient que le recourant est apte à travailler à temps plein dans son activité habituelle et qu'il ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse ; un complément d'instruction ou la mise en oeuvre d'une expertise médicale n'apparaissent pas nécessaire. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (RS 101 ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 11

Partant, le recours, manifestement infondé, doit être rejeté et la décision du 2 mai 2022 confirmée par le juge statuant comme juge unique, en application de l'art. 85bis al. 3 LAVS (RS 831.10), en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI.

E. 12

En vertu de l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Ils peuvent toutefois être remis totalement ou partiellement, lorsque pour des

motifs ayant trait au litige ou à la partie en cause, il ne paraît pas équitable de les mettre à la charge de celle-ci (art. 6 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 FITAF [RS 173.320.2]).

E. 23

septembre 2021 [OAIE pce 19]). B.b Invité à se prononcer sur le dossier médical, le Dr C._____, médecin auprès du service médical de l'OAIE, note, dans sa prise de position du 16 février 2022 (OAIE pce 24), les diagnostics d'hypoacousie neuro- sensorielle (H90.3) et de trouble de l'adaptation avec anxiété. Il relève que l'hypoacousie, de degré moyen, peut être compensée par des appareils

C-2947/2022 Page 3 auditifs et que le trouble d'adaptation, dont l'évolution est au demeurant décrite comme favorable, n'est pas une affection psychiatrique justifiant une incapacité de longue durée. Il estime qu'il n'existe pas d'éléments pouvant justifier une invalidité. B.c Par projet de décision du 18 février 2022 (OAIE pce 25), l'OAIE informe l'intéressé qu'il entend rejeter sa demande de prestations, en l'absence d'invalidité. Le 9 mars 2022 (OAIE pce 26), A._____ conteste ce projet de décision, alléguant qu'il ne peut absolument pas travailler. B.d Par décision du 2 mai 2022 (OAIE pce 30), l'OAIE confirme son projet de décision, après avoir accordé à l'intéressé un délai supplémentaire pour produire de nouveaux documents médicaux (OAIE pce 29). C. C.a Le 6 juin 2022, A._____ recourt devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Il demande le réexamen de son cas (TAF pce 1). Il joint à son recours de nouveaux documents médicaux, dont il ressort notamment qu'il a subi une septoplastie le 25 mars 2009, une intervention par radiofréquence au niveau des cornets inférieurs le 27 janvier 2014, une cholécystectomie le 18 août 2017 et une appendicectomie le 24 septembre 2020. Concernant les troubles de l'audition, une audiométrie réalisée le 8 février 2016 montre une perte moyenne d'audition dans les deux oreilles de 27%, qualifiée de légère, sans contre-indication à la conduite. Dans un rapport subséquent, du 9 janvier 2019, le service ORL du Complexe hospitalier universitaire (CHU) de Z. relève une perte binaurale de l'acuité auditive de 28.08% ; l'adaptation de prothèses auditives est recommandée. Le 30 juillet 2020, l'intéressé se rend aux urgences du CHU de Z., où l'hypothèse diagnostique d'état anxieux dépressif, sans sévérité clinique, est posée ; aucun médicament anxiolytique n'est prescrit en raison de l'activité professionnelle de l'intéressé, mais une orientation vers l'Unité de santé mentale (USM) est envisagée pour une prise en charge psychothérapeutique.

C-2947/2022 Page 4 C.b Dans sa réponse du 19 septembre 2022 (TAF pce 6), transmise au recourant pour connaissance (TAF pce 7), l'OAIE conclut au rejet du recours, reprenant l'argumentation de la décision litigieuse et se référant au surplus à l'avis du Dr C._____ rendu en procédure de recours à propos des nouveaux documents médicaux produits par le recourant. Dans cette prise de position, du 24 août 2022 (TAF pce 6), le Dr C._____ relève que ces nouveaux documents n'apportent aucun élément lui permettant de modifier sa position et estime que des examens complémentaires ne sont pas nécessaires. Droit : 1. Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48

al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable. 2. Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente AI. 3. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il 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 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). 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*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du

C-2947/2022 Page 5 TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 4. 4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 2 mai 2022, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours, à savoir : jusqu'au 31 décembre 2021, au regard des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ; et, dès le 1er janvier 2022, au regard des modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que de celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022. Dans la mesure où, en l'espèce, l'application du nouveau droit pour la période du 1er janvier 2022 au 2 mai 2022 n'est pas plus favorable au recourant, les dispositions citées ci-après sont, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 2 mai 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). 4.3 Dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce

C-2947/2022 Page 6 contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 5. Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'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 (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 LAVS [RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (voir extrait de compte individuel [OAIE pce 6]). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse. 6. 6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en

C-2947/2022 Page 7 considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). 6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité

d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 6.3 Selon 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2). 7. 7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe

C-2947/2022 Page 8 inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). 7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 7.2.1 Ainsi, 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. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

C-2947/2022 Page 9 7.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une

certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, 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 celui-ci ou celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 48 et 49). 7.2.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43). Les prises de position des SMR et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR : arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 7 et 42 ss, et art. 59 n° 2). Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du

C-2947/2022 Page 10 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). 8. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde précisément sur l'avis du service médical de l'OAIE, exprimé dans une première prise de position du 16 février 2022 (OAIE pce 24), puis confirmé en procédure de recours dans une seconde prise de position du 24 août 2022 (TAF pce 6). Faisant état des différentes atteintes dont a souffert le recourant depuis 1993 telles qu'elles ressortent des documents versés en cause, le Dr C._____ considère dans ses avis que le recourant présente principalement une hypoacousie neuro-sensorielle (H90.3) et un trouble de l'adaptation avec anxiété. Cela étant, il relève, au niveau ORL, que l'hypoacousie étant de degré moyen (perte d'ouïe globale de 58%) et pouvant être compensée par des appareils auditifs, elle est compatible avec la conduite. Du point de vue

psychique, il indique qu'il est uniquement question d'un trouble de l'adaptation avec anxiété et que cette affection ne justifie pas une incapacité de longue durée, d'autant que l'évolution est décrite comme favorable. En conséquence, le Dr C. _____ ne retient aucune limitation fonctionnelle et estime qu'il n'existe pas d'éléments pouvant justifier une invalidité. Le recourant, quant à lui, demande le réexamen de son cas. Il déclare souffrir depuis longtemps d'une perte auditive et explique que son ouïe s'est détériorée en raison du bruit des machines avec lesquelles il a travaillé en Suisse de nombreuses années ; il évoque en outre d'importants acouphènes. Il allègue enfin qu'en raison de son anxiété et sa dépression, il reste couché dans sa chambre toute la journée. 9. A la lecture des prises de position du Dr C. _____ et de la documentation médicale versée au dossier, le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'autorité inférieure et de son service médical, lequel a tenu compte de l'ensemble des éléments contenus dans les rapports produits en cause.

C-2947/2022 Page 11 Il convient notamment de relever qu'aucun des documents médicaux au dossier ne remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, dans la mesure où il s'agit pour la plupart de résultats d'examens, de protocoles et rapports chirurgicaux relatifs aux diverses interventions subies par l'intéressé, ainsi que de rapports de sortie d'hospitalisation, lesquels se bornent à décrire les atteintes et les traitements réalisés, mais ne portent pas de jugement sur l'état de santé, ni ne s'expriment sur les limitations fonctionnelles dues à ces atteintes et leurs répercussions éventuelles sur la capacité de travail du recourant (voir supra consid. 7.1 et 7.2.1). 9.1 Ainsi, se trouvent au dossier les résultats d'une échographie testiculaire et de la paroi abdominale du 12 novembre 1993, un rapport de pré-hospitalisation du 16 décembre 1993 et un avis de sortie de la clinique de chirurgie digestive de l'Hôpital cantonal universitaire de Y., du 18 janvier 1994, qui font état d'une hernie inguinale gauche, opérée le 17 janvier 1994 (OAIE pces 14, 16, 17). Puis un rapport rhumatologique du 26 octobre 1995 conclut à la présence, vraisemblablement, de dorso-lombalgies chroniques communes, pour lesquelles un traitement de physiothérapie a été recommandé (OAIE pce 18). Par la suite, des rapports des 5 février, 25 mars et 22 avril 2009 du service ORL du CHU de Z., un rapport radiologique du 23 février 2009, ainsi qu'un protocole chirurgical et un rapport du service d'anesthésiologie du CHU de Z. du 25 mars 2009 indiquent que le recourant a présenté en février 2009 une déviation septale et une laryngite postérieure due à un reflux gastro-œsophagien, traitées avec succès par septoplastie le 25 mars 2009. Ces documents font également état d'une stapélectomie gauche que le recourant aurait subie douze ans plus tôt, à Y., ainsi que d'une légère hypoacousie dans les basses fréquences à droite ; l'audition à gauche est qualifiée de bonne (annexes à TAF pce 1). Un rapport de sortie de chirurgie ambulatoire (incomplet) et un protocole chirurgical du 27 janvier 2014, établis par le service ORL du CHU de Z., ainsi qu'un rapport radiologique du 31 janvier 2014 montrent ensuite que l'intéressé a subi le 27 janvier 2014, également avec succès, une intervention par radiofréquence au niveau des cornets inférieurs, afin de traiter une hypertrophie de ces cornets causant une insuffisance respiratoire nasale (annexes à TAF pce 1). Puis des documents du 8 février 2016 du service ORL du CHU de Z., que l'intéressé aurait consulté parce que son employeur ne l'aurait plus autorisé

C-2947/2022 Page 12 à travailler à cette époque, indiquent qu'à cette date, une otoscopie et une audiométrie ont été réalisées : l'audiométrie montre une perte moyenne d'audition dans les deux oreilles de 27%. A cette occasion, le médecin consulté a donné son avis quant à la

perte d'audition, la qualifiant de légère, et s'est prononcé sur les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant, estimant qu'il n'y avait pas de contre-indication à la conduite. Par la suite, un rapport du 9 janvier 2019, toujours du service ORL du CHU de Z., constate une perte binaurale de l'acuité auditive à peu près équivalente, de 28.08%, certainement liée à une otosclérose ; l'adaptation de prothèses auditives est recommandée (annexes à TAF pce 1). Enfin, un protocole chirurgical et un rapport de sortie du service de chirurgie générale et digestive du CHU de Z., ainsi qu'un document non daté concernant une écho-endoscopie digestive, laquelle montre principalement une lithiase de la vésicule biliaire, rapportent qu'une cholécystectomie a été pratiquée le 18 août 2017 en raison d'une cholécystite ; un rapport du service d'anatomie pathologique du CHU de Z. du 25 août 2017 fait également état d'une cholécystopathie lithiasique (annexes à TAF pce 1).

9.2 Il appert de ce qui précède, outre le fait qu'un seul médecin se soit exprimé sur la capacité de travail, que les différentes atteintes et traitements décrits dans les documents précités ne sont pas propres à fonder une invalidité ouvrant droit à des prestations. En effet, si ces atteintes et traitements ont certes eu pour conséquence des arrêts de travail ponctuels, parfois de longue durée, comme cela ressort du questionnaire pour l'employeur du 14 janvier 2022 (OAIE pce 22 p. 3), ils n'ont pas empêché l'intéressé d'être engagé comme chauffeur de bus, puis de continuer à exercer cette activité. Le questionnaire pour l'employeur du 14 janvier 2022 indique ainsi que le recourant, engagé comme chauffeur le 1er juillet 2000, s'est trouvé en arrêt de travail pour maladie du 23 mars au 23 avril 2009, au moment de la septoplastie réalisée le 25 mars 2009, puis du 27 janvier 2014, date de l'intervention par radiofréquence des cornets inférieurs, au 24 février 2014. Par la suite, il a été en arrêt maladie du 9 janvier 2015 au 18 mars 2016, vraisemblablement parce que son employeur ne l'aurait plus autorisé à travailler en raison de sa perte d'audition ; or, l'audiométrie effectuée le 8 février 2016 montre une perte moyenne d'audition dans les deux oreilles de 27%, que le médecin du service ORL du CHU de Z. qualifie de légère, sans contre-indication à la conduite, ce que confirme l'équipe d'évaluation

C-2947/2022 Page 13 de l'invalidité de l'INSS dans un avis du 11 mars 2016, estimant que la perte auditive de 27% ne limite pas la capacité de travail de l'intéressé (annexe à TAF pce 1). Ce dernier ne présentait donc pas d'incapacité de travail à cette époque et a repris son activité de chauffeur dès le 19 mars 2016. Enfin, après la cholécystectomie pratiquée le 18 août 2017, qui a nécessité un arrêt de travail du 17 août au 28 septembre 2017, le recourant n'a plus interrompu l'exercice de son activité habituelle jusqu'à l'arrêt définitif le 3 août 2020. Il sied de relever au demeurant que même si une invalidité avait résulté de ces atteintes (art. 28 al. 1 LAI), le recourant n'aurait pas eu droit à une rente d'invalidité suisse, dans la mesure où ces atteintes et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail sont bien antérieures au dépôt de la demande de prestations et que le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de dépôt de cette demande (art. 29 al. 1 LAI ; voir supra consid. 6).

9.3 Les autres documents versés au dossier, plus récents, ne s'avèrent pas non plus de nature à fonder une invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité au sens du droit suisse. En effet, se trouve encore au dossier un rapport de sortie du service des urgences du CHU de Z. (annexe à TAF pce 1), où l'intéressé s'est rendu, en raison de vertiges et d'une sensation d'oppression, le 30 juillet 2020, soit quelques jours avant qu'il ne cesse définitivement son activité professionnelle. Le service des urgences pose alors l'hypothèse diagnostique d'état anxieux dépressif, tout en précisant qu'il n'y a pas de sévérité clinique, et ne prescrit aucun médicament anxiolytique au vu de l'activité professionnelle de l'intéressé, pour laquelle aucune incapacité n'est

prononcée. Une orientation vers l'USM est néanmoins envisagée pour une prise en charge psychothérapeutique. Un second rapport du service des urgences du CHU de Z., où l'intéressé se rend le 24 septembre 2020, souffrant de douleurs abdominales, est produit en cause, suivi d'un protocole opératoire du 25 septembre 2020 et d'un rapport de sortie du 27 septembre 2020 établis par le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Z., ainsi que d'un rapport de pathologie chirurgicale du 13 octobre 2020 (annexes à TAF pce 1). Ces documents indiquent qu'une appendicectomie a dû être réalisée le

E. 24

septembre 2020, en raison d'une appendicite aiguë (voir également les résultats d'un examen radiologique du thorax et d'un scanner abdomino-pelvien réalisés le 23 septembre 2020 [annexe TAF pce 1]). Si, dans le

C-2947/2022 Page 14 rapport de sortie du 27 septembre 2020, une période de convalescence de 4 à 6 semaines sans efforts physiques intenses est recommandée par les médecins, durant laquelle on peut admettre que l'intéressé a présenté une incapacité de travail totale bien que les médecins ne se soient pas exprimés à cet égard, cette période n'est toutefois pas d'une durée suffisante pour que les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI, nécessaires à l'ouverture du droit à une rente, soient remplies (voir supra consid. 6.2). Quant au rapport radiologique du 11 décembre 2020 (annexe TAF pce 1), également joint au recours, il se limite à mentionner des résultats de radiographies de la colonne cervicale et lombosacrée effectuées le 1er décembre 2020 au CHU de Z., à savoir des troubles dégénératifs, sans décrire d'éventuelles restrictions fonctionnelles ou répercussions de ces troubles sur la capacité de travail de l'intéressé ; au demeurant, aucun autre document ne fait état de ces atteintes. 9.4 Enfin, ni le rapport du 23 août 2021 de la Dre B. _____, établi dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail réalisée par les autorités de sécurité sociale espagnoles (OAIE pce 7), ni le rapport E 213 de ce même médecin, daté du 25 octobre 2021 (OAIE pce 9), ne convainquent de l'existence d'une incapacité de travail ouvrant droit à une rente. Certes, le rapport du 23 août 2021 est plus complet que les autres documents médicaux au dossier. Ainsi, la Dre B. _____ y note le diagnostic de trouble de l'adaptation mixte, avec anxiété et dépression (F43.23), qu'elle considère comme le diagnostic principal, et celui d'hypoacousie neuro-sensorielle bilatérale. Elle y rapporte, quoique sommairement, quelques-uns des antécédents médicaux de l'intéressé, les plaintes de ce dernier et quelques observations cliniques succinctes. Puis, elle indique, sous la rubrique 5 du rapport, intitulée « Limitations organiques et/ou fonctionnelles », la perte d'ouïe globale de 58% (dernière audiométrie du 11 décembre 2020 : perte d'ouïe : 65% à droite, 57% à gauche [OAIE pce 8]) et l'anxiété flottante fluctuante. Cela étant, ces « limitations », mentionnées par la Dre B. _____, apparaissent bien plus comme la description, exprimée en d'autres termes, des atteintes diagnostiquées, que comme la description des restrictions ou difficultés que ces atteintes pourraient causer dans l'exercice de l'activité de chauffeur ou de tout autre activité. Par ailleurs, amenée en fin de rapport à faire une évaluation clinico-professionnelle du cas, la Dre B. _____ se contente de renvoyer au règlement applicable aux chauffeurs, sans prendre position à cet égard, de sorte qu'elle ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant.

C-2947/2022 Page 15 Quant au rapport E 213 du 25 octobre 2021, il est encore plus succinct que le rapport du 23 août 2021, auquel renvoie d'ailleurs la Dre B. _____. Ainsi, celle-ci se borne à reprendre dans le rapport E 213 les diagnostics et limitations fonctionnelles, tels qu'indiqués dans le rapport du 23 août 2021, et à signaler, en réponse

aux questions relatives à la capacité de travail, que l'invalidité retenue en vertu de la législation espagnole est une invalidité permanente totale (IPT), selon un avis de l'équipe d'évaluation de l'invalidité du 27 août 2021 (« IPT Dictamen EVI fecha 27/08/2021 »). A cet égard, il est important de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions et avis des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4). 9.5 On ne voit donc pas, à la lecture de ces rapports, en quoi les atteintes diagnostiquées limiteraient ou empêcheraient le recourant d'exercer son activité habituelle. 9.5.1 Comme l'indique le Dr C. _____, la perte auditive, à 58%, est de degré moyen et peut être améliorée par des appareils auditifs ; or, l'intéressé n'en semble toujours pas pourvu, la Dre B. _____ notant dans son rapport du 23 août 2021 qu'il faut, pour maintenir la conversation, élever la voix ou utiliser un support visuel. Quant aux acouphènes allégués par le recourant, ils ne sont nulle part documentés, ainsi que le signale le Dr C. _____. 9.5.2 S'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété, diagnostic principal selon la Dre B. _____ (troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions [F.43.23]), il y a lieu de relever que depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 ss, en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un

C-2947/2022 Page 16 diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes (voir ATF 125 V 351) et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine ; 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 4 n° 22). En l'espèce, la première fois que des troubles d'ordre psychologique ont été évoqués, selon la documentation au dossier, c'est par le service des urgences du CHU de Z. dans son rapport de sortie, suite à une visite du recourant le 30 juillet 2020 (annexe à TAF pce 1). A cette occasion, le service des urgences ne pose pas un diagnostic définitif, mais une hypothèse diagnostique d'état anxieux dépressif. Il n'y voit pas de sévérité clinique et ne prescrit aucun médicament. Une orientation vers l'USM est néanmoins envisagée pour une prise en charge psychothérapeutique. Toutefois, aucun document de cette unité ne figure au dossier, ni, du reste, aucun rapport spécialisé d'un praticien ou d'une praticienne dont on saurait qu'il ou elle est psychiatre ou, à tout le moins, psychologue. Tout au plus apprend-on à la lecture du rapport du 23 août 2021 de la Dre B. _____ que l'USM aurait diagnostiqué un

trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (F43.23), qu'un traitement pharmacologique et psychothérapeutique serait indiqué, et que l'évolution serait bonne, avec des hauts et des bas. D'ailleurs, mis à part le rapport précité du service des urgences, seuls le rapport du 23 août 2021 et le rapport E 213 de la Dre B. _____, dont on ne connaît pas, au demeurant, la spécialité, font état de troubles psychologiques, retenant également le diagnostic de trouble de l'adaptation mixte, avec anxiété et dépression ou humeur dépressive. Aucun des autres documents au dossier ne rapporte ce diagnostic, ni ne fait état d'un suivi thérapeutique. S'agissant du traitement médicamenteux, le second rapport du service des urgences du CHU de Z., où l'intéressé se rend le 24 septembre 2020, souffrant de douleurs abdominales, puis le rapport de sortie du 27 septembre 2020 du service de chirurgie générale

C-2947/2022 Page 17 et digestive du CHU de Z. (annexe TAF pce 1) notent la prise de Sertraline, antidépresseur en cas de dépression légère à modérée, et de Lorazepam, anxiolytique (voir compendium.ch). Toutefois, déjà dans le rapport du 23 août 2021, seule la prise de Lorazepam est signalée, confirmant l'évolution favorable du trouble de l'adaptation. Enfin, il sied d'ajouter, comme l'indique le Dr C. _____, que d'un point de vue médical, le trouble d'adaptation est par définition un phénomène temporaire (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [édit.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10e éd. 2015, F43.2 p. 209), ce que semble confirmer en l'espèce la documentation au dossier qui rapporte l'évolution favorable rapide du recourant sur le plan psychologique. C'est pourquoi ce trouble n'est pas considéré comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (arrêts du TF 9C_87/2017 du 16 mars 2017 ; 9C_210/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2 in fine ; arrêt du TAF C-6371/2017 du 15 mars 2021 consid. 9.7.2). En conséquence, l'appréciation du Dr C. _____ niant le caractère invalidant au sens de l'AI de l'atteinte psychologique rapportée par certains documents au dossier est confortée par l'analyse de ces documents, et l'on peut en l'espèce renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs. 10. Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans retient que le recourant est apte à travailler à temps plein dans son activité habituelle et qu'il ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse ; un complément d'instruction ou la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apparaissent pas nécessaire. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (RS 101 ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28). 11. Partant, le recours, manifestement infondé, doit être rejeté et la décision du 2 mai 2022 confirmée par le juge statuant comme juge unique, en

C-2947/2022 Page 18 application de l'art. 85bis al. 3 LAVS (RS 831.10), en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI. 12. En vertu de l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Ils peuvent toutefois être remis totalement ou partiellement, lorsque pour des motifs ayant trait au litige ou à la partie en cause, il ne paraît pas équitable de les mettre à la charge de celle-ci (art. 6 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral

[FITAF, RS 173.320.2]). En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 FITAF [RS 173.320.2]).

C-2947/2022 Page 19

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.