

BVGer C-294/2018 vom 26. Januar 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-294_2018

FR: TAF C-294/2018 du 26 janvier 2022

IT: TAF C-294/2018 del 26 gennaio 2022

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 3.1

La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal et ayant travaillé en Suisse en 1989 et 1990, puis de 2003 à 2005 (ci-dessus, let. A). 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] ; art. 80a LAI), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Le cas d'espèce reste régi jusqu'à cette date par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421), selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants : le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

E. 3.2

Depuis le 1er avril 2012, les parties contractantes appliquent entre elles 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) et le 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 (RS 0.831.109.268.11). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015 et 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de

même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 4.2

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 ; Pierre Moor / Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3ème 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 (P. Moor / E. Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2ème éd., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative*, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 5.1

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V précité, *ibid.*).

E. 5.2

Partant, ni l'OAIE ni le Tribunal ne sont liés par les décisions et pratiques des autorités de sécurité sociale portugaises ou d'autres autorités administratives portugaises. Ainsi, contrairement à ce que l'assuré prétend, le fait qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité portugaise depuis le 16 juin 2010 n'a pas d'incidence sur la décision des autorités helvétiques.

E. 6

Aux termes de l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1 et 4). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). Il ressort du dossier que l'assuré compte plus de trois années de cotisations à l'AVS/AI (ci-dessus, let. A et la référence citée), de sorte qu'il remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations. Il reste par conséquent à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

E. 7.1

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. 7.2

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).

E. 7.3

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 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

E. 7.4

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 1ère phrase LPGA). L'assurance-invalidité 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2ème phrase LPGA).

E. 7.5

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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). 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 références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 7.6

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. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 7.6.1

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient 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 Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

E. 7.6.2

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 raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 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 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; M. Valterio, op. cit., art. 57 LAI nos 48 et 49).

E. 7.6.3

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (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 Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; M. Valterio, op. cit., art. 57 LAI nos 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

E. 7.6.4

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, 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). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 8.1

Si l'administration entre en matière sur une (nouvelle) demande de prestations d'invalidité, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec son alinéa 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5). 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 les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1, 141 V 9 consid. 2.3 et 5.3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). Le point de savoir si une telle 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 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, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_503/2020 du 17 novembre 2020 consid. 3.2 et 9C_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b).

E. 8.2

En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la seconde demande de prestations d'invalidité déposée par A._____ en date du 5 octobre 2010. Par conséquent, elle avait à déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de l'assuré - à savoir in casu celle rendue par l'OAI-C._____ du 10 décembre 2009 (ci-dessus, let. [...]) -, si une modification du degré d'invalidité s'est effectivement produite depuis son prononcé, ainsi que le prétend implicitement l'assuré. Si tel n'était pas le cas, l'OAI-E devait rejeter la demande. Dans le cas contraire, elle devait encore examiner si la modification constatée était suffisante pour bénéficier du droit à une rente d'invalidité, autrement dit, de déterminer si l'assuré remplissait nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er avril 2011 (art. 29 al. 1 LAI ; ATF 133 V 108 consid. 4.2). En cas de recours, le même devoir d'examen incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2). Si un motif de révision doit être admis, le droit à la rente doit être réexaminé de manière globale (« allseitig ») sous l'angle juridique et factuel, le degré d'invalidité doit ainsi être déterminé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète sans que l'autorité ne soit liée par les appréciations antérieures (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 in fine avec les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Une modification significative du degré d'invalidité est une condition préalable à la révision du droit à la rente. Tout changement dans les faits ne suffit pas pour fonder une adaptation de la rente dans le cadre d'une procédure de révision, respectivement dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande. Un nouveau diagnostic ou un diagnostic qui n'est plus posé ne constitue pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif d'une amélioration ou d'une détérioration (significative) de la santé n'est pas nécessairement réalisé. Un nouveau diagnostic ou un diagnostic qui n'est plus posé ne signifie pas en soi une détérioration de l'état de santé ou une amélioration de l'état de santé, encore faut-il que les changements effectifs de circonstances aient une incidence sur le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2011 du 3 juin 2011 consid. 3.2). Dans le cadre d'une réévaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, l'état de santé global doit être apprécié. Un changement effectif de l'état de santé peut résulter, par exemple, de l'intensité augmentée d'une atteinte et de son impact élevé sur la capacité de travail ou d'une meilleure adaptation de l'assuré à une atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.3 et les références citées).

E. 9

Appelé à se prononcer, le Tribunal retient ce qui suit.

E. 9.1

L'instruction de la première demande de prestations d'invalidité a notamment porté au dossier la documentation médicale suivante : - le rapport médical détaillé E 213 du 23 août 2005 du Dr O. _____, faisant état de lombalgies chroniques sur pathologie discale L5-S1 et surcharge facettaire L4-L5 et L5-S1, de douleurs inguinales chroniques droites avec status après cure de hernie en 1990, de douleurs inguinales chroniques gauches sur récurrence de hernie inguinale ; au surplus, le Dr O. _____ faisait état d'un patient passif, toujours très plaintif, à l'anamnèse difficile (pce AI 49, p. 6) ; - le rapport médical du Dr O. _____, daté du 7 mars 2006, rédigé à l'intention de l'assureur (...), relevant notamment que l'assuré souffre de lombalgies sur discopathie L5-S1 et discopathie modérée L4-L5 avec sténose modérée circonférentielle ; le praticien faisait en outre état de la mise en place d'une prothèse discale le 25 novembre 2005, avec un effet positif - très bonne régression des douleurs lombaires - sur l'assuré bien que la persistance d'un état douloureux locorégional au niveau lombaire et inguinal droit ait été néanmoins constatée (pce AI 70) ; - le rapport médical du Dr O. _____, daté du 20 mars 2006, diagnostiquant chez A. _____ une importante discopathie L5-S1 avec mise en place d'une prothèse totale de disque le 25 novembre 2005, une quatrième récurrence de hernie inguinale symptomatique à droite, d'une première récurrence de hernie inguinale symptomatique à gauche et d'une insertionite pubienne bilatérale (pce AI 68, p. 2) ; - le rapport médical de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P. _____ (Dr Q. _____), daté du 24 août 2006, mentionnant chez l'assuré la présence d'une surcharge psychologique en raison de douleurs et de sa situation générale tout en attestant d'un état de santé stationnaire sur le plan somatique ; le Dr Q. _____ a estimé que la poursuite de l'activité professionnelle exercée jusqu'alors par A. _____ n'était plus exigible, ce dernier étant toutefois en capacité d'exercer une activité adaptée, à savoir sans port de charges lourdes supérieures à 15 kilogrammes et avec des changements fréquents de positions (pce AI 77, p. 2 à 5) ; - le rapport médical du 20 septembre 2006, dans lequel la Dresse D. _____, médecin SMR, a estimé à 100 % l'incapacité de travail de l'assuré depuis le 24 août 2004 dans son activité antérieure de manoeuvre et de grutier et à 50 % à compter du 20 mars 2006 sa capacité résiduelle de travail dans une capacité de travail dans une activité adaptée (pce AI 82) ; - le courrier de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P. _____ (Dr Q. _____), daté du 4 octobre 2006, adressé au Dr O. _____, faisant état d'un blocage musculaire sur status post implantation d'une prothèse totale de disque Prodisc L5-S1, d'une quatrième récurrence de hernie inguinale symptomatique à droite et d'une première récurrence de hernie inguinale symptomatique à gauche et de douleurs aux articulaires postérieures de nouvelle origine ; au surplus, le Dr Q. _____ a souligné que le patient n'allait pas bien, qu'il souffrait notamment de douleurs aux jambes, à la sacro-iliaque droite et aux genoux (pce AI 208) ; - le rapport d'hospitalisation de l'assuré auprès de l'Hôpital cantonal de P. _____ du 20 au 23 février 2007, pour y subir, le 21 février 2007, une cure de hernie inguinale gauche (pce AI 95) ; - le rapport médical de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P. _____ (Dr Q. _____), daté du 12 mars 2007, faisant état d'une aggravation de l'état de santé d'A. _____, posant le diagnostic suivant : « status après mise en place d'une prothèse totale de disque Prodisc L5-S1 le 25.11.2005 pour discopathie invalidante ; discopathie L4-L5 avec sténose circonférentielle modérée de grade IV [...] ; mauvaise démarche sur status après cure de hernie inguinale à droite en octobre 2004 ainsi que meralgie paresthétique au niveau cicatriciel ; status après cure hernie

inguinale des deux côtés ; status après infarctus en 2004 » ; le praticien a de plus mis en évidence les douleurs dont souffre A._____, lequel est démotivé si bien qu'un état dépressif est suspecté (pce AI 88, p. 3 et 4) ; - le rapport médical du 31 mai 2007 de la Dresse D._____, médecin SMR, aux conclusions identiques à celui du 20 septembre 2006 (pce AI 96) ; - le rapport de l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, daté du 21 août 2007, posant le diagnostic de lombalgies et inguinalgies bilatérales dans un contexte de syndrome douloureux persistant, de status après cure de hernie inguinale bilatérale en 1990, cure de hernie inguinale droite incarcérée le 8 octobre 2004 et cure de hernie inguinale gauche le 20 février 2007 et de status après implantation prothétique de type Prodisc de L5-S1 le 25 novembre 2005 ; sous l'angle de la capacité de travail, l'expert a retenu, du point de vue rhumatologique, une capacité nulle dans l'activité antérieure et une capacité à hauteur de 75 % dans une activité adaptée en respectant les limitations - « mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, travaux lourds, ports de charges supérieurs à 5 kg, possibilité d'alterner la position assise et debout » - répertoriées, réservant cependant son pronostic eu égard à l'importance de la symptomatologie douloureuse (pce AI 99) ; - le rapport médical de la Dresse D._____, médecin SMR, daté du 30 août 2007, invitant C._____ à diligenter une expertise psychiatrique eu égard à la suspicion de syndrome somatoforme douloureux persistant (pce AI 101) ; - le rapport de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr N._____, psychiatre et psychothérapeute, daté du 4 février 2008, ne faisant état d'aucune pathologie psychique, précisant au surplus, d'une part, que ni les différentes défenses, ni la légère anxiété ne donnent lieu à retenir un problème psychiatrique significatif et, d'autre part, qu'il existe chez l'intéressé une tendance à la majoration des symptômes pour des raisons psychologiques et psychiatriques (F68.0) et concluant enfin à l'absence de toute incapacité de travail sur le plan psychique-psychiatrique (pce AI 108) ; - le rapport médical du 21 février 2008, dans lequel la Dresse D._____, médecin SMR, a estimé à 100 % l'incapacité de travail de l'assuré depuis le 24 août 2004 dans son activité antérieure de manoeuvre et de grutier et à 75 % à compter du 20 mars 2006 sa capacité résiduelle de travail - 25 % d'incapacité - dans une capacité de travail dans une activité adaptée (pce AI 109) ; - le rapport médical de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P._____ (Dr Q._____), daté du 25 septembre 2008, posant les diagnostics de douleurs diffuses chroniques avec localisations articulaires et abarticulaires axiales et périphériques d'origine indéterminée, de blocage pseudo-radiculaire persistant sur status post implantation d'une prothèse totale de disque de type Prodisc L5-S1, d'une 4ème récurrence de hernie inguinale symptomatique à droite, d'une 1ère récurrence de hernie inguinale symptomatique à gauche et de douleurs diffuses chroniques (pce AI 125).

E. 9.2

L'instruction de la seconde demande de prestations d'invalidité (objet de la présente procédure) a notamment porté au dossier la documentation médicale suivante : - le rapport de la Dresse E._____, médecin SMR, daté du 31 octobre 2011, sollicitant que le dossier, suite au dépôt d'une seconde requête de prestations, soit complété par des examens rhumatologiques, psychiatriques et cardiologiques récents (pce AI 156) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S._____ (Dr T._____), daté du 6 janvier 2012, mentionnant une suspicion de cardiopathie ischémique suite à des examens cliniques effectués le même jour (pce AI 162, p. 1) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S._____ (Dr U._____), daté du 6 janvier 2012, faisant notamment état d'une spondylose modérée et d'une uncarthrose entre C4 et C7 sans atteinte discale évidente,

d'une déformation bilatérale des côtes cervicales, d'une discrète spondylose de la colonne dorsale dans sa partie médiane et inférieure, d'une légère scoliose vertébrale (pce AI 162, p. 2) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S. _____ (Dr T. _____), daté du 13 janvier 2012, par lequel il a été précisé que l'épreuve d'effort n'était pas concluante pour l'ischémie myocardique (pce AI 173, p. 2) ; - les rapports médicaux détaillés E 213 des 1er mars 2012 et 3 septembre 2012 du Dr V. _____, duquel il ressort qu'A. _____ souffre d'une maladie ostéo-articulaire dégénérative, de douleurs invalidantes et d'une cardiopathie (« doença degenerativa osteo-articular » et « raquialgias, cardiopatia » ; pces AI 160 et 176, spéc. p. 3) ; - le rapport de la Dresse E. _____, médecin SMR, daté du 21 février 2013, retenant comme diagnostic principal un status après mise en place d'une prothèse totale de disque L5-S1 pour discopathie, comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail une possible cardiopathie ischémique et un syndrome dépressivo-anxieux, et comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, un status après plusieurs interventions pour hernie inguinale bilatérale, une insertionite des tubercules pubiens, une légère hypertrophie bénigne de la prostate et une dyslipidémie, estimant l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 100 % dès le 24 août 2004, dans une activité de substitution à 100 % dès le 24 août 2004 et à 25 % à compter du 20 mars 2006 (pce AI 183) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S. _____ (Dr W. _____), daté du 29 avril 2013, faisant notamment état d'une lordose lombaire, d'un canal vertébral normal niant tout signe de spondylose (pce AI 196) ; - le résultat de l'électroneuromyographie (ENMG) effectuée par le Dr X. _____ le 14 mai 2013 (pce AI 213) ; - l'avis du Centre d'évaluation médicale et psychologique Y. _____, daté de juillet 2013, mettant en exergue la fragilité psychologique dont souffre l'intéressé, laquelle se concrétise notamment par une tendance à une attitude passive devant des situations face auxquelles il apparaît dans l'incapacité d'en affronter la problématique et d'y faire face, nécessitant un suivi professionnel (pce AI 198) ; - l'attestation médicale d'incapacité totale de travail (dans toutes activités), datée du 12 août 2013, de la Dresse Z. _____ (pce AI 200) ; - le rapport médical détaillé E 213 du 4 février 2014 du Dr V. _____, duquel il ressort que A. _____ souffre d'une maladie ostéo-articulaire dégénérative (« doença degenerativa osteo-articular » ; pce AI 211, spéc. p. 3) ; - l'attestation médicale d'incapacité de travail, non datée (réceptionnée par l'OAIE le 1er avril 2014), de la Dresse Z. _____ (pce AI 212) ; - le rapport médical de la Dresse E. _____, médecin SMR, du 9 mai 2014, relevant que les pièces fournies à cette date présentaient une situation similaire à celle ayant présidé à la décision du 10 décembre 2009 et soulignant l'absence de péjoration significative de l'état de santé pouvant influencer la capacité de travail (pce AI 217) ; - le rapport, daté du 6 mars 2017, de l'expertise pluridisciplinaire - médecine interne, orthopédie / traumatologie, psychiatrie, cardiologie - réalisée les 9 et 10 janvier 2017 par F. _____ SA, à (...), aboutissant aux diagnostics suivants : « diagnostics avec incidence sur la capacité de travail : (1) Lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche, par status post implantation d'une prothèse discale Prodisc L5-S1 le 25.11.2005 ; (2) Douleurs et raideurs rachidiennes chroniques sur spondylarthrose légère à moyenne cervicales [C4 à C7] et lombaires L5/S1 ; (3) Suspicion de blocage sacro-iliaque des deux côtés ; (4) Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 ; diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : (5) Maladie coronarienne univasculaire (artère coronaire droite) avec status post stent en 2000 et re-stent en 2015 ; (6) Status post hernies inguinales bilatérales, opérées des deux côtés en 1990, révisées en 2004 à droite, et en 2006 à gauche ; (7) Contusion de la main droite en décembre 2016 ; (8) Troubles psychiques

réactionnels F68.0 » (pce AI 260) ; - la prise de position médicale du 7 avril 2017, par laquelle le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin SMR, s'est déterminé sur l'expertise pluridisciplinaire précitée ; se basant sur les diagnostics établis par les experts, le Dr L._____ a retenu qu'A._____ présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de grutier à compter du 24 août 2004 et d'une incapacité de travail limitée à 25 % dans une activité adaptée dès le 20 mars 2006, précisant au surplus que l'expertise confirmait « très clairement » l'absence de toute modification significative de la capacité résiduelle de travail depuis la date du rejet de la première demande de prestations d'invalidité, si bien que, du point de vue somatique, le rejet de la seconde demande se justifie et les prises de position de la Dresse E._____ doivent être confirmées, y compris s'agissant des limitations fonctionnelles et des activités de substitution qui y sont répertoriées (pce AI 263) ; - la prise de position médicale du 16 mai 2017, par laquelle la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin SMR, après avoir examiné l'expertise pluridisciplinaire précitée sous l'angle de sa spécialité, a constaté que l'expert avait retenu un diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 » induisant une incapacité de travail de 40 % mais avait finalement considéré que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée s'élevait à 75 % ; elle a ensuite rappelé qu'en 2008, le Dr N._____ n'avait pas retenu le diagnostic de F45.4 mais une « majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques F68 » et a souligné que le Dr K._____, dans le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire, n'avait pas motivé les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions précédentes ; partant, constatant ces divergences dans les diagnostics et dans l'évaluation de la capacité de travail de l'expertisé, la Dresse M._____ a indiqué ne pouvoir se prononcer (pce AI 265) ; - le procès-verbal du « rapport OAIE » du 28 septembre 2017, duquel il ressort l'évaluation médicale suivante : « Sur le plan rhumatologique, la situation est demeurée stationnaire, de sorte que l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée peut rester fixée au taux de 75 %. Sur le plan cardiologique, on note une aggravation transitoire, stabilisée en 2015, sans répercussion durable sur la capacité de travail. Quant au volet psychiatrique, la situation décrite par la psychiatre du F._____ est superposable à celle observée en son temps par le Dr N._____. En termes de capacité de travail, le psychiatre du F._____ évoque une incapacité de travail de 40 % concrètement, soit pour tenir compte des plaintes et des douleurs relatives par l'assuré. Cela étant, abstraction faite de ces éléments qu'il s'agit d'écartier dans l'appréciation objective du cas (approche bio-médicale, non pas bio-psycho-sociale), l'expert estime qu'une capacité de travail de 75 % peut être atteinte. Par conséquent, on ne peut pas retenir d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 10.12.2009 et la capacité de travail de 75 % dans une activité de substitution peut être maintenue » (pce AI 267).

E. 9.3

Sur le plan économique, l'OAIE a recueilli : - les « questionnaire(s) à l'assuré (UE) » établis les 23 août 2011 et 20 octobre 2012, dans lesquels l'assuré a notamment indiqué avoir exercé, comme dernier emploi, une activité de grutier (« opérateur grue ») pour le compte de la société B._____, à (...), activité pour laquelle il percevait un salaire mensuel brut de 4'900 francs par mois (pour 40 heures de travail hebdomadaire) (pces AI 153 [questionnaire du 23 août 2011] et 180 [questionnaire du 20 octobre 2012]).

E. 10.1

En l'espèce, le Tribunal est amené à examiner le bien-fondé de la décision du 11 décembre 2017 par laquelle l'OAI-E a considéré que l'état de santé d'A. _____ ne s'était pas amélioré depuis la décision du 10 décembre 2009 et lui a conséquemment dénié le droit à la perception d'une rente d'invalidité, se basant principalement sur l'expertise pluridisciplinaire (pce AI 260) - réalisée en Suisse entre janvier 2017 (examens de l'assuré par quatre praticiens spécialistes) et mars 2017 (publication du rapport d'expertise) - laquelle avait été requise par l'arrêt de renvoi rendu le 26 novembre 2015 par le Tribunal administratif fédéral dans la procédure C-3549/2014.

E. 10.2

Dans son mémoire de recours, A. _____ a contesté la décision précitée, arguant avoir été reconnu invalide par les autorités portugaises, lesquelles ont retenu son incapacité totale de travailler et lui ont octroyé une rente d'invalidité (ci-dessus, let. M).

E. 10.3

Ainsi, l'objet du présent litige consiste à déterminer si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis le prononcé de la décision de l'OAI-C. _____, statuant sur sa première demande de prestations d'invalidité, le 10 décembre 2009.

E. 11.1

Eu égard à son importance sur le sort du présent litige, il y a préliminairement lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par F. _____ SA, à (...).

E. 11.2.1

Chargé du volet de médecine interne générale, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne, a examiné A. _____ et a indiqué s'être trouvé en présence d'un assuré visiblement dépressif, désespéré et démotivé, en douleur au niveau du rachis et des membres inférieurs, ayant au surplus de la difficulté à se mouvoir et à se déplacer, ce qui rendit tout examen clinique du tronc difficile. Ces constatations ont amené l'expert à estimer une reprise du travail peu probable et ce malgré la stabilisation de la situation sous l'angle cardiaque, une activité légère, de vigile par exemple, avec des déplacements modérés sur de courtes distances, apparaissant néanmoins envisageable (pce AI 260, p. 22 à 29).

E. 11.2.2

Chargé du volet orthopédique, le Dr I. _____, spécialiste en orthopédie et en traumatologie, qui a procédé sur la personne de l'expertisé à des examens cliniques complémentaires (radiographies du bassin face et de la colonne cervicale trans-buccale, scanners cervical et lombaire), a posé, comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, des douleurs chroniques avec épisodes aigus de tout le rachis, avec un maximum au niveau lombo-sacré, un status après implantation, le 25 novembre 2005, d'une prothèse totale de disque Pro Disk L5-S1, des raideurs de la colonne dorso-lombaire. Sur le plan de la capacité de travail, l'expert a relevé que, du point de vue orthopédique, la capacité de travail d'A. _____ est nulle depuis le 8 octobre 2004 dans l'activité professionnelle exercée de grutier ; dite capacité est de 75 % dans une activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles répertoriées (« mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, travaux lourds, port de charges supérieures à 5 kg, possibilité d'alterner la position assise et debout, impossibilité de se baisser, de monter et de descendre les escaliers et de marcher sur un terrain inégal, impossibilité de fermeture du poing pour le majeur, l'annulaire et

l'auriculaire ») et ce, depuis la date de l'expertise du Dr R._____, soit depuis le 21 août 2007. L'expert a en outre précisé que l'examen clinique et radiologique du 9 janvier 2017 n'avait pas apporté d'éléments nouveaux par rapport à l'expertise du Dr R._____ précitée et n'a constaté aucune aggravation de l'état de santé sous l'angle rhumatologique (pce AI 260, p. 30 à 40).

E. 11.2.3

Mandaté pour effectuer le volet psychiatrique, le Dr K._____, psychiatre et psychothérapeute, se basant sur le dossier de la cause ainsi que sur l'expertise d'A._____ effectuée le 10 janvier 2017 au cours de laquelle il a été procédé à un examen complémentaire (Echelle MADRS permettant de mettre en exergue et de quantifier l'éventuel état dépressif de l'expertisé), a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ayant un impact sur la capacité de travail d'A._____. L'expert a évalué à 40 % l'incapacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique mais a souligné « que malgré le manque de motivation actuel, l'assuré serait capable, du point de vue psychiatrique de travailler à un degré plus élevé », de 75 % (pce AI 260, p. 41 à 51).

E. 11.2.4

S'agissant du volet cardiologique, confié au Dr G._____, spécialiste en cardiologie et en cardiologie interventionnelle, il en ressort le diagnostic de maladie coronarienne d'un vaisseau (artère coronaire droite) avec status après stent de l'artère coronaire droite moyenne en 2000, status après re-stents actifs de l'artère coronaire droite moyenne pour resténose-intrastent le 8 juin 2015. Ce diagnostic a été établi sur la base du dossier, de la consultation de l'assuré, le 9 janvier 2017, et d'examens complémentaires - électrocardiographie au repos et échocardiographie - aux résultats tous deux normaux, étant au surplus précisé qu'aucune épreuve d'effort n'a pu être effectuée en raison des problèmes dorsaux du patient (pce AI 260, p. 52 à 55).

E. 11.2.5

Aux termes du consensus pluridisciplinaire effectué le 30 janvier 2017, ont été retenus les diagnostics suivants : avec incidence sur la capacité de travail, (1) des lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche, sur status post implantation d'une prothèse discale Prodisc L5-S1 le 25 novembre 2005, (2) des douleurs et raideurs rachidiennes chroniques sur spondylarthrose légère à moyenne cervicales (C4 à C7) et lombaires L5/S1, (3) une suspicion de blocage sacro-iliaque des deux côtés, (4) un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; sans incidence sur la capacité de travail, (1) une maladie coronarienne univasculaire (artère coronaire droite) avec status post stent en 2000 et re-stent en 2015, (2) un status post hernies inguinales bilatérales, opérées des deux côtés en 1990, révisées en 2004 à droite, et en 2006 à gauche, (3) une contusion de la main droite en décembre 2016, (4) des troubles psychiques réactionnels (F68.0). Les experts ont ensuite procédé à l'évaluation pluridisciplinaire de la capacité de travail d'A._____. Il en est ressorti une capacité de travail nulle dans l'activité passée de grutier ; quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, le consensus pluridisciplinaire l'a estimée à 75 % avec les limitations fonctionnelles décrites du point de vue physique et à 60 % du point de vue psychiatrique (tenant compte du rendement diminué). Il a cependant été précisé ce qui suit : « Dans le cadre de son trouble douloureux somatoforme persistant F45.4 en tant que diagnostic psychiatrique, [A._____] reste fixé sur sa douleur ressentie et interprétée

comme invalidante, l'empêchant d'entreprendre toute mesure thérapeutique utile et nécessaire. [...]. La récupération de la fonction cardiaque par le second stent en 2015 n'a pas réussi à diminuer la peur de l'assuré, si bien qu'il s'est immobilisé physiquement et mentalement dans son état actuel. C'est pourquoi notre expert psychiatrique estime sa [capacité de travail] à 60 % (incluant un rendement diminué), mais nous estimons qu'avec une approche thérapeutique combinée et intense (même si l'assuré ne paraît pas disposé à suivre une prise en charge cognitivo-comportementale lui permettant d'interrompre son cercle vicieux), la [capacité de travail] peut être amenée à 75 % » (pce AI 260, p. 10 à 21).

E. 11.3.1

A l'instar de l'autorité inférieure, le Tribunal est d'avis qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts, les Drs J. _____ (médecine interne), G. _____ (cardiologie), K. _____ (psychiatrie) et I. _____ (orthopédie), lesquels ont examiné A. _____ les 9 et 10 janvier 2017. Les différents diagnostics posés par les quatre spécialistes précités ont été intégralement repris dans la synthèse pluridisciplinaire effectuée le 30 janvier 2017 (ci-dessus, consid. 11.2.5) ; il a de surcroît été répondu aux questions de l'autorité d'instruction relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assuré (ibid.). En résumé, A. _____ ne dispose d'aucune capacité de travail dans l'activité, exercée jusqu'en 2004, de grutier ; le consensus pluridisciplinaire des experts met cependant en lumière la persistance d'une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée, soulignant que l'état de santé n'a pas ou peu évolué depuis 2009 même en tenant compte de la sténose coronarienne résolue par la mise en place d'un second stent (pce AI 260, p. 11), mettant au surplus en exergue la fixation de l'assuré dans son état actuel, son absence de volonté et de motivation ainsi que son incapacité de se projeter dans une évolution positive (pce AI 260, p. 19 et 20).

E. 11.3.2

Il appert que l'expertise pluridisciplinaire a été réalisée par des spécialistes en médecine générale, psychiatrie, cardiologie et orthopédie. Ces praticiens disposaient de la formation et des compétences requises pour juger valablement de l'état de santé du recourant. Les différents volets du rapport ont été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigation complètes ; l'assuré a été examiné - entretiens et examens cliniques complémentaires - par chacun des quatre praticiens les 9 et 10 janvier 2017 (pce AI 260, p. 1). L'expertise satisfait de surcroît aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où elle tient compte de l'intégralité des éléments du dossier mis à la disposition des experts par l'OAIE et a donc été rédigée en pleine connaissance du dossier médical et économique déterminant (pce AI 260, p. 3 à 9 [énumération et brefs résumés des pièces du dossier]). Ses conclusions reposent sur une anamnèse complète, constituée principalement des avis et rapports médicaux des praticiens suisses et portugais ayant pris en charge l'assuré, des certificats médicaux reconnaissant une incapacité de travail et des résultats d'examens paracliniques et d'analyses. L'expertise comprend en outre les appréciations détaillées de chacun des spécialistes ainsi que leurs diagnostics argumentés et une appréciation circonstanciée du cas (ci-dessus, consid. 11.2.1 à 11.2.4). Il a en outre été tenu compte des plaintes de l'assuré, lesquelles ont été exhaustivement répertoriées (pce AI 260, p. 24 s., 32 s. et 43).

E. 11.4

S'agissant plus spécifiquement du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire (pce AI 260, p. 41 à 51 ; cf. également ci-dessus, consid. 11.2.3), rédigé par le Dr K._____, psychiatre et psychothérapeute, il y a lieu d'examiner s'il respecte la jurisprudence spécifique relative à cette spécialité.

E. 11.4.1

Se fondant sur le dossier médical, sur une consultation en présence de l'assuré et sur des examens complémentaires, le Dr K._____ a retenu, comme diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). S'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail du point de vue psychiatrique, le praticien l'a estimée à 40 %, précisant que, « malgré le manque de motivation actuel, l'assuré serait capable, du point de vue psychiatrique de travailler à un degré plus élevé (75 %) » (pce AI 260, p. 48). Cette conclusion a fait l'objet d'une précision dans le cadre du consensus pluridisciplinaire de l'expertise, afin d'expliquer cette différence d'approche. Les experts ont ainsi exposé : « Dans le cadre de son trouble douloureux somatoforme persistant F45.4 en tant que diagnostic psychiatrique, [l'assuré] reste fixé sur sa douleur ressentie et interprétée comme invalidante, l'empêchant d'entreprendre toute mesure thérapeutique utile et nécessaire. Ceci est à considérer comme sa principale [limitation fonctionnelle psychiatrique]. La récupération de la fonction cardiaque par le second stent en 2015 n'a pas réussi à diminuer la peur de l'assuré, si bien qu'il s'est immobilisé physiquement et mentalement dans son état actuel. C'est pourquoi notre expert psychiatrique estime sa capacité de travail à 60 % [incluant un rendement diminué], mais nous estimons qu'avec une approche thérapeutique combinée et intense [même si l'assuré ne paraît pas disposé à suivre une prise en charge cognitivo-comportementale lui permettant d'interrompre son cercle vicieux], la [capacité de travail] peut être amenée à 75 % » (pce AI 260, p. 12 et 13).

E. 11.4.2.1

La jurisprudence du Tribunal fédéral enseigne qu'en psychiatrie, le diagnostic doit être posé par un spécialiste en ce domaine et se fonder sur un système de classification scientifiquement reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou de troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; voir, également, ATF 143 V 418 consid. 6).

E. 11.4.2.2

Par souci d'exhaustivité, il y a lieu de rappeler que le Tribunal fédéral a classé les indicateurs déterminants dans deux catégories principales avant d'établir une énumération des facteurs à analyser (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités

dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

E. 11.4.3

En l'occurrence, c'est sur la base d'une analyse prenant expressément en compte les indicateurs déterminants ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) et qui ont été rappelés précédemment (ci-dessus, consid. 11.4.2.2) que le Dr K._____ a élaboré son rapport d'expertise et ses conclusions. A ce propos, il y a tout particulièrement lieu de mettre en exergue les pages 48 à 50 de l'expertise pluridisciplinaire dans lesquels sont abordés, conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 141 V 281), les dommages à la santé mentale de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.1), la personnalité de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.2), le contexte social dans lequel il évolue (ATF précité, consid. 4.3.3) ainsi que les aspects portant sur le comportement de l'intéressé, sur la cohérence de son récit et sur ses ressources (ATF précité, consid. 4.4). Ainsi, dans ce cadre, le Tribunal de céans constate que l'expert a tout d'abord relevé que les appréciations sur la santé psychique de l'assuré figurant au dossier provenaient principalement des Drs Q._____, Chanson et R._____ - aucun n'est médecin spécialiste en psychiatrie - et a rappelé que l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr N._____ en février 2008 aboutissait à la constatation que l'intéressé ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique entraînant une incapacité de travail sous l'angle psychiatrique, soulignant au surplus l'absence de toute indication permettant d'attester de l'existence d'un suivi psychiatrique, respectivement d'un traitement prescrit à A._____. Le praticien s'est ensuite penché sur la personnalité de l'expertisé, niant - en se basant tant sur les pièces du dossier que sur la consultation - tout trouble de personnalité. Il a cependant été mis en exergue, notamment, les ressources personnelles relativement limitées de l'assuré pour assumer son existence et faire face à ses problèmes dans le contexte des limitations fonctionnelles qu'il connaît et des troubles douloureux associés. Sous l'angle du contexte social, le Dr K._____ a relevé les différences socioculturelles, les compétences linguistiques limitées de l'assuré tout comme l'est son niveau scolaire et l'absence de toute formation professionnelle. Finalement, s'agissant de la catégorie « cohérence » des indicateurs déterminant de la jurisprudence, l'expert a en substance relevé que si la souffrance physique d'A._____ a été prise en charge au travers d'exams, de traitements et d'opérations, la souffrance psychique n'a quant à elle fait l'objet d'aucun « traitement psychologique-psychiatrique » (pce AI 260, p. 50).

E. 11.5.1

Les volets somatiques (médecine interne, orthopédie et cardiologie) du rapport d'expertise pluridisciplinaire ont été soumis à l'appréciation du Dr. L._____, médecin SMR, le 13 mars 2017 (pce AI 262). Ce dernier a rendu son avis le 7 avril 2017. Reprenant les diagnostics retenus dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, le médecin SMR a au surplus relevé que ladite expertise confirmait « très clairement » l'absence de modification significative de la capacité résiduelle de travail depuis la date de rejet de la première requête de prestations d'invalidité formulée par A._____, concluant conséquemment que, du point de vue somatique, le rejet de la nouvelle demande est justifié et que les prises de positions passées de la Dresse E._____ (à ce propos, cf. tout particulièrement la prise de position du 9 mai 2014 [pce AI 217]) devaient être confirmées (pce AI 263).

E. 11.5.2.1

Cela dit, il y a lieu de mentionner qu'à la demande du Dr L. _____, le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire a été porté à la connaissance de la Dresse M. _____, médecin SMR, psychiatre et psychothérapeute. Dans sa prise de position du 16 mai 2017 (pce AI 264), la prénommée a indiqué ne pouvoir se prononcer, mettant en exergue les divergences, prétendument non motivées, de diagnostics entre ceux posés par le Dr N. _____, en 2008, et ceux du Dr K. _____, d'une part, et les deux appréciations du Dr K. _____ relatives à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, d'autre part. La Dresse M. _____ a demandé que le dossier soit examiné par l'autorité inférieure dans le cadre d'un « rapport OAIE ».

E. 11.5.2.2

Ledit « rapport OAIE » a eu lieu le 28 septembre 2017 (pce AI 267). Les médecins - trois psychiatres, deux rhumatologues, un neurologue, un interniste, un spécialiste en médecine physique et réadaptation - ainsi que les collaborateurs de l'OAIE présents se sont déterminés sur les différents volets de l'expertise pluridisciplinaires. En rapport avec le volet psychiatrique, il a été précisé que la situation décrite par le Dr K. _____ était « superposable » avec celle observée par le Dr N. _____ par le passé. Il a en outre été en substance considéré que la capacité résiduelle de travail sous l'angle psychiatrique avait fait l'objet d'une analyse sous deux approches différentes, à savoir une approche bio-médicale, d'une part, et une approche bio-psycho-sociale, d'autre part. Concrètement, lorsque le Dr K. _____ a évoqué une capacité de travail de 40 %, il a tenu compte, dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale, des plaintes et des douleurs liées par l'assuré.

E. 11.5.2.3

Or, en droit des assurances sociales, l'approche bio-psycho-sociale n'est pas recevable. Seule une appréciation objective de la capacité résiduelle de travail est admise. En effet, dans un arrêt du 2 février 2010, le Tribunal fédéral avait précisé que si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part, et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels. Le droit n'ignore certes pas le rôle majeur que le modèle bio-psycho-social joue aujourd'hui dans l'approche thérapeutique de la maladie. Néanmoins dans la mesure où il en va de l'évaluation asséculogique de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait cette exigibilité lorsque celle-ci se fonde de manière prépondérante sur des facteurs psycho-sociaux ou socioculturels, facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010). En d'autres termes, le droit des assurances-sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psycho-sociaux et socioculturels (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.2 et 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Ces facteurs, dont il est tenu compte dans l'établissement du diagnostic - au travers des indicateurs déterminants dont il a été question précédemment (ci-dessus, consid. 11.4.2) - ne sauraient par contre intervenir dans le cadre de la détermination de l'exigibilité d'une activité professionnelle. Ainsi, les plaintes en rapport avec l'exercice d'une activité, notamment le manque de motivation lié à celle-ci, ne sont pas des motifs recevables en droit des assurances-sociales. C'est dès lors à raison que les experts

désignés, dans le cadre du consensus pluridisciplinaire, ont précisé avoir retenu un taux résiduel de travail de 75 % dans une activité adaptée - et non le taux de 60 % - et les raisons de ce choix (ci-dessus, consid. 11.4.1 in fine), raisonnement qui a été validé par les médecins SMR lors du rapport OAIE (ci-dessus, consid. 11.5.2.2).

E. 11.6

Au vu de ce qui précède, en tenant compte des précisions en rapport avec le volet psychiatrique, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'expertise pluridisciplinaire réalisée par F._____. SA dont les conclusions ressortant du consensus pluridisciplinaire peuvent être reprises pour déterminer le sort de la seconde demande de prestations d'invalidité formulée par A._____. Il n'existe en effet aucun indice concret - et le recourant n'en soulève aucun - permettant au Tribunal de douter du bien-fondé desdites conclusions.

E. 12

Se basant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et sur l'appréciation des médecins SMR, le Tribunal constate que l'état de santé d'A._____ n'a pas connu d'aggravation médicalement constatée et attestée depuis la date de la décision rendue par C._____ en date du 10 décembre 2009 statuant sur la première requête de prestations d'invalidité, condition sine qua non pour prétendre à l'octroi de telles prestations. Aucune modification notable de l'état de fait n'est ainsi intervenue selon la vraisemblance prépondérante. Dans ces conditions, sa capacité résiduelle de travail s'élève toujours à 75 % dans une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 13

La capacité résiduelle de travail de l'assuré étant inchangée, le Tribunal de céans considère dès lors qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2018 du 4 juin 2018 consid. 4.5 ; cf. également Margit Moser-Szeless, in : A.-S. Dupont / M. Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 29 ad art. 17), ce dernier restant fixé à 37 % tel que déterminé dans le cadre de la première demande de prestations par l'OAI-FR, en décembre 2009 (pce AI 139), insuffisant pour donner le droit à A._____ à bénéficier d'une rente d'invalidité au vu de l'art. 28 al. 2 LAI. Il doit au surplus être précisé que la situation professionnelle de l'assuré n'a pas connu d'évolution depuis cette date. Sur ce vu, une nouvelle évaluation n'apparaît pas justifiée. A ce titre, l'OAIE, dans sa décision du 11 décembre 2017, objet de la présente procédure, s'était bornée à mentionner que la diminution de la capacité de gain était de 37 % (pce AI 275). Au demeurant, force est à l'analyse du dossier de constater que le détail du calcul effectué en 2009 n'a pas fait l'objet d'objections concrètes de la part du recourant (sur ce qui précède, pour un dossier similaire, cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3528/2015 du 23 février 2008 [recte : 2018] consid. 11).

E. 14

Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE a considéré que l'état de santé d'A._____ n'avait pas évolué de manière significative depuis la décision rendue le 10 décembre 2009 - statuant sur sa première demande de prestations d'invalidité - et que son taux d'invalidité ne permettait pas de justifier l'octroi d'une rente d'invalidité ; partant, l'autorité inférieure ayant correctement appliqué le droit en vigueur, le recours interjeté le 9 janvier 2018 doit être rejeté et la décision de l'OAIE du 10 décembre 2017 confirmée.

E. 15.1

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'était acquitté le 29 janvier 2018.

E. 15.2

Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (le dispositif est porté à la page suivante)

E. 31

décembre 2011, l'examen de la demande s'effectuera en application des dispositions de la 5ème révision de la LAI. Pour les faits qui se sont déroulés à compter du 1er janvier 2012 s'appliquent les dispositions telles que modifiées par la 6ème révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur à cette date (RO 2011 5659 ; FF 2010 1647). Ne sont pas applicables à la présente cause les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement de l'AI, RO 2021 705 ; FF 2017 2535), en vigueur depuis le 1er janvier 2022. 2.2 Le tribunal 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 11 décembre 2017). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

C-294/2018 Page 9 3. 3.1 La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal et ayant travaillé en Suisse en 1989 et 1990, puis de 2003 à 2005 (ci-dessus, let. A). 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] ; art. 80a LAI), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Le cas d'espèce reste régi jusqu'à cette date par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421), selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants : le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845). 3.2 Depuis le 1er avril 2012, les parties contractantes appliquent entre elles 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) et le 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 (RS 0.831.109.268.11). À compter du 1er janvier 2015,

sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015 et 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

C-294/2018 Page 10 4. 4.1 Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c). 4.2 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 ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3ème 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 (P. MOOR / E. POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 5. 5.1 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V précité, ibid.). 5.2 Partant, ni l'OAIE ni le Tribunal ne sont liés par les décisions et pratiques des autorités de sécurité sociale portugaises ou d'autres autorités administratives portugaises. Ainsi, contrairement à ce que l'assuré prétend,

C-294/2018 Page 11 le fait qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité portugaise depuis le 16 juin 2010 n'a pas d'incidence sur la décision des autorités helvétiques. 6. Aux termes de l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1 et 4). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). Il ressort du dossier que l'assuré compte plus de trois années de cotisations à

l'AVS/AI (ci-dessus, let. A et la référence citée), de sorte qu'il remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations. Il reste par conséquent à examiner s'il est invalide au sens de la loi. 7. 7.1 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). 7.2 L'invalidité au sens de la LPGGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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). 7.3 Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

C-294/2018 Page 12 7.4 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 1^{ère} phrase LPGGA). L'assurance-invalidité 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 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^{ème} phrase LPGGA). 7.5 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). 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 références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas

au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

C-294/2018 Page 13 7.6 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. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 7.6.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient 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 Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). 7.6.2 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 raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 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 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI nos 48 et 49).

C-294/2018 Page 14 7.6.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (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 Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018

consid. 8.1 et 8.2 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI nos 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

7.6.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, 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). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

C-294/2018 Page 15 8. 8.1 Si l'administration entre en matière sur une (nouvelle) demande de prestations d'invalidité, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec son alinéa 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5). 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 les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1, 141 V 9 consid. 2.3 et 5.3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). Le point de savoir si une telle 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 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, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_503/2020 du 17 novembre 2020 consid. 3.2 et 9C_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b).

8.2 En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la seconde demande de prestations d'invalidité déposée par A. _____ en date du 5 octobre 2010. Par conséquent, elle avait à déterminer,

en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de l'assuré – à savoir in casu celle rendue par l'OAI-C. _____ du 10 décembre 2009 (ci-dessus, let. [...]) –, si une modification du degré d'invalidité s'est effectivement produite depuis son prononcé, ainsi que le prétend implicitement l'assuré. Si tel n'était pas le cas, l'OAIE devait rejeter la demande. Dans le cas contraire, elle devait encore examiner si la modification constatée était suffisante pour bénéficier du

C-294/2018 Page 16 droit à une rente d'invalidité, autrement dit, de déterminer si l'assuré rem- plissait nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er avril 2011 (art. 29 al. 1 LAI ; ATF 133 V 108 consid. 4.2). En cas de recours, le même devoir d'examen incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2). Si un motif de révision doit être admis, le droit à la rente doit être réexaminé de manière globale (« allseitig ») sous l'angle juridique et factuel, le degré d'invalidité doit ainsi être déterminé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète sans que l'autorité ne soit liée par les appréciations antérieures (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 in fine avec les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Une modification significative du degré d'invalidité est une condition préalable à la révision du droit à la rente. Tout changement dans les faits ne suffit pas pour fonder une adaptation de la rente dans le cadre d'une procédure de révision, respectivement dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande. Un nouveau diagnostic ou un diagnostic qui n'est plus posé ne constitue pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif d'une amélioration ou d'une détérioration (significative) de la santé n'est pas nécessairement réalisé. Un nouveau diagnostic ou un diagnostic qui n'est plus posé ne signifie pas en soi une détérioration de l'état de santé ou une amélioration de l'état de santé, encore faut-il que les changements effectifs de circonstances aient une incidence sur le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2011 du 3 juin 2011 consid. 3.2). Dans le cadre d'une réévaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, l'état de santé global doit être apprécié. Un changement effectif de l'état de santé peut résulter, par exemple, de l'intensité augmentée d'une atteinte et de son impact élevé sur la capacité de travail ou d'une meilleure adaptation de l'assuré à une atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.3 et les références citées). 9. Appelé à se prononcer, le Tribunal retient ce qui suit. 9.1 L'instruction de la première demande de prestations d'invalidité a notamment porté au dossier la documentation médicale suivante : - le rapport médical détaillé E 213 du 23 août 2005 du Dr O. _____, faisant état de lombalgies chroniques sur pathologie discale L5-S1 et surcharge facettaire L4-L5 et L5-S1, de douleurs inguinales chroniques droites avec status après cure de hernie en 1990, de dou-

C-294/2018 Page 17 leurs inguinales chroniques gauches sur récurrence de hernie inguinale ; au surplus, le Dr O. _____ faisait état d'un patient passif, toujours très plaintif, à l'anamnèse difficile (pce AI 49, p. 6) ; - le rapport médical du Dr O. _____, daté du 7 mars 2006, rédigé à l'intention de l'assureur (...), relevant notamment que l'assuré souffre de lombalgies sur discopathie L5-S1 et discopathie modérée L4-L5 avec sténose modérée circonferentielle ; le praticien faisait en outre état de la mise en place d'une prothèse discale le 25 novembre 2005, avec un effet positif – très bonne régression des douleurs lombaires – sur l'assuré bien que la persistance d'un état douloureux locorégional au niveau lombaire et inguinal droit ait été néanmoins constatée (pce AI 70) ; - le rapport médical du Dr

O. _____, daté du 20 mars 2006, diagnostiquant chez A. _____ une importante discopathie L5-S1 avec mise en place d'une prothèse totale de disque le 25 novembre 2005, une quatrième récurrence de hernie inguinale symptomatique à droite, d'une première récurrence de hernie inguinale symptomatique à gauche et d'une insertionite pubienne bilatérale (pce AI 68, p. 2) ; - le rapport médical de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P. _____ (Dr Q. _____), daté du 24 août 2006, mentionnant chez l'assuré la présence d'une surcharge psychologique en raison de douleurs et de sa situation générale tout en attestant d'un état de santé stationnaire sur le plan somatique ; le Dr Q. _____ a estimé que la poursuite de l'activité professionnelle exercée jusqu'alors par A. _____ n'était plus exigible, ce dernier étant toutefois en capacité d'exercer une activité adaptée, à savoir sans port de charges lourdes supérieures à 15 kilogrammes et avec des changements fréquents de positions (pce AI 77, p. 2 à 5) ; - le rapport médical du 20 septembre 2006, dans lequel la Dresse D. _____, médecin SMR, a estimé à 100 % l'incapacité de travail de l'assuré depuis le 24 août 2004 dans son activité antérieure de manoeuvre et de grutier et à 50 % à compter du 20 mars 2006 sa capacité résiduelle de travail dans une capacité de travail dans une activité adaptée (pce AI 82) ; - le courrier de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P. _____ (Dr Q. _____), daté du 4 octobre 2006, adressé au Dr O. _____, faisant état d'un blocage musculaire sur

C-294/2018 Page 18 status post implantation d'une prothèse totale de disque Prodisc L5-S1, d'une quatrième récurrence de hernie inguinale symptomatique à droite et d'une première récurrence de hernie inguinale symptomatique à gauche et de douleurs aux articulaires postérieures de nouvelle origine ; au surplus, le Dr Q. _____ a souligné que le patient n'allait pas bien, qu'il souffrait notamment de douleurs aux jambes, à la sacro-iliaque droite et aux genoux (pce AI 208) ; - le rapport d'hospitalisation de l'assuré auprès de l'Hôpital cantonal de P. _____ du 20 au 23 février 2007, pour y subir, le 21 février 2007, une cure de hernie inguinale gauche (pce AI 95) ; - le rapport médical de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P. _____ (Dr Q. _____), daté du 12 mars 2007, faisant état d'une aggravation de l'état de santé d'A. _____, posant le diagnostic suivant : « status après mise en place d'une prothèse totale de disque Prodisc L5-S1 le 25.11.2005 pour discopathie invalidante ; discopathie L4-L5 avec sténose circonferentielle modérée de grade IV [...] ; mauvaise démarche sur status après cure de hernie inguinale à droite en octobre 2004 ainsi que meralgie parésie au niveau cicatriciel ; status après cure hernie inguinale des deux côtés ; status après infarctus en 2004 » ; le praticien a de plus mis en évidence les douleurs dont souffre A. _____, lequel est démotivé si bien qu'un état dépressif est suspecté (pce AI 88, p. 3 et 4) ; - le rapport médical du 31 mai 2007 de la Dresse D. _____, médecin SMR, aux conclusions identiques à celui du 20 septembre 2006 (pce AI 96) ; - le rapport de l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr R. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, daté du 21 août 2007, posant le diagnostic de lombalgies et inguinalgies bilatérales dans un contexte de syndrome douloureux persistant, de status après cure de hernie inguinale bilatérale en 1990, cure de hernie inguinale droite en octobre 2004 et cure de hernie inguinale gauche le 20 février 2007 et de status après implantation prothétique de type Prodisc de L5-S1 le 25 novembre 2005 ; sous l'angle de la capacité de travail, l'expert a retenu, du point de vue rhumatologique, une capacité nulle dans l'activité antérieure et une capacité à hauteur de 75 % dans une activité adaptée en respectant les limitations – « mouvements répétitifs en porte-à-

C-294/2018 Page 19 faux du rachis, travaux lourds, ports de charges supérieurs à 5 kg, possibilité d'alterner la position assise et debout » – répertoriées, réservant cependant son pronostic eu égard à l'importance de la symptomatologie douloureuse (pce AI 99) ; - le rapport médical de la Dresse D. _____, médecin SMR, daté du 30 août 2007, invitant C. _____ à diligenter une expertise psychiatrique eu égard à la suspicion de syndrome somatoforme douloureux persistant (pce AI 101) ; - le rapport de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr N. _____, psychiatre et psychothérapeute, daté du 4 février 2008, ne faisant état d'aucune pathologie psychique, précisant au surplus, d'une part, que ni les différentes défenses, ni la légère anxiété ne donnent lieu à retenir un problème psychiatrique significatif et, d'autre part, qu'il existe chez l'intéressé une tendance à la majoration des symptômes pour des raisons psychologiques et psychiatriques (F68.0) et concluant enfin à l'absence de toute incapacité de travail sur le plan psychique-psychiatrique (pce AI 108) ; - le rapport médical du 21 février 2008, dans lequel la Dresse D. _____, médecin SMR, a estimé à 100 % l'incapacité de travail de l'assuré depuis le 24 août 2004 dans son activité antérieure de manœuvre et de grutier et à 75 % à compter du 20 mars 2006 sa capacité résiduelle de travail – 25 % d'incapacité – dans une capacité de travail dans une activité adaptée (pce AI 109) ; - le rapport médical de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de P. _____ (Dr Q. _____), daté du 25 septembre 2008, posant les diagnostics de douleurs diffuses chroniques avec localisations articulaires et abarticulaires axiales et périphériques d'origine indéterminée, de blocage pseudo-radiculaire persistant sur status post implantation d'une prothèse totale de disque de type Pro-disc L5-S1, d'une 4ème récurrence de hernie inguinale symptomatique à droite, d'une 1ère récurrence de hernie inguinale symptomatique à gauche et de douleurs diffuses chroniques (pce AI 125). 9.2 L'instruction de la seconde demande de prestations d'invalidité (objet de la présente procédure) a notamment porté au dossier la documentation médicale suivante :

C-294/2018 Page 20 - le rapport de la Dresse E. _____, médecin SMR, daté du 31 octobre 2011, sollicitant que le dossier, suite au dépôt d'une seconde requête de prestations, soit complété par des examens rhumatologique, psychiatrique et cardiologique récents (pce AI 156) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S. _____ (Dr T. _____), daté du 6 janvier 2012, mentionnant une suspicion de cardiopathie ischémique suite à des examens cliniques effectués le même jour (pce AI 162, p. 1) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S. _____ (Dr U. _____), daté du 6 janvier 2012, faisant notamment état d'une spondylose modérée et d'une uncarthrose entre C4 et C7 sans atteinte discale évidente, d'une déformation bilatérale des côtes cervicales, d'une discrète spondylose de la colonne dorsale dans sa partie médiane et inférieure, d'une légère scoliose vertébrale (pce AI 162, p. 2) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S. _____ (Dr T. _____), daté du 13 janvier 2012, par lequel il a été précisé que l'épreuve d'effort n'était pas concluante pour l'ischémie myocardique (pce AI 173, p. 2) ; - les rapports médicaux détaillés E 213 des 1er mars 2012 et 3 septembre 2012 du Dr V. _____, duquel il ressort qu'A. _____ souffre d'une maladie ostéo-articulaire dégénérative, de douleurs invalidantes et d'une cardiopathie (« doença degenerativa osteo-articular » et « raquialgias, cardiopatia » ; pces AI 160 et 176, spéc. p. 3) ; - le rapport de la Dresse E. _____, médecin SMR, daté du 21 février 2013, retenant comme diagnostic principal un status après mise en place d'une prothèse totale de disque L5-S1 pour discopathie, comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail une possible cardiopathie ischémique et un syndrome dépressivo-anxieux, et comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, un status après plusieurs interventions pour hernie inguinale bilatérale,

une insertionite des tubercules pubiens, une légère hypertrophie bénigne de la prostate et une dy- slipidémie, estimant l'incapacité de travail de l'assuré dans son acti- vité habituelle à 100 % dès le 24 août 2004, dans une activité de

C-294/2018 Page 21 substitution à 100 % dès le 24 août 2004 et à 25 % à compter du 20 mars 2006 (pce AI 183) ; - le rapport de la Clinique médico-chirurgicale S. _____ (Dr W. _____), daté du 29 avril 2013, faisant notamment état d'une lordose lombaire, d'un canal vertébral normal niant tout signe de spondylose (pce AI 196) ; - le résultat de l'électroneuromyographie (ENMG) effectuée par le Dr X. _____ le 14 mai 2013 (pce AI 213) ; - l'avis du Centre d'évaluation médicale et psychologique Y. _____, daté de juillet 2013, mettant en exergue la fragilité psychologique dont souffre l'intéressé, laquelle se concrétise notamment par une tendance à une attitude passive devant des situations face aux- quelles il apparaît dans l'incapacité d'en affronter la problématique et d'y faire face, nécessitant un suivi professionnel (pce AI 198) ; - l'attestation médicale d'incapacité totale de travail (dans toutes acti- vités), datée du 12 août 2013, de la Dresse Z. _____ (pce AI 200) ; - le rapport médical détaillé E 213 du 4 février 2014 du Dr V. _____, duquel il ressort que A. _____ souffre d'une maladie ostéo-articu- laire dégénérative (« doença degenerativa osteo-articular » ; pce AI 211, spéc. p. 3) ; - l'attestation médicale d'incapacité de travail, non datée (réception- née par l'OAIE le 1er avril 2014), de la Dresse Z. _____ (pce AI 212) ; - le rapport médical de la Dresse E. _____, médecin SMR, du 9 mai 2014, relevant que les pièces fournies à cette date présentaient une situation similaire à celle ayant présidé à la décision du 10 décembre 2009 et soulignant l'absence de péjoration significative de l'état de santé pouvant influencer la capacité de travail (pce AI 217) ; - le rapport, daté du 6 mars 2017, de l'expertise pluridisciplinaire – médecine interne, orthopédie / traumatologie, psychiatrie, cardio- logie – réalisée les 9 et 10 janvier 2017 par F. _____ SA, à (...), aboutissant aux diagnostics suivants : « diagnostics avec incidence sur la capacité de travail : (1) Lombosciatalgies bilatérales à prédo- minance gauche, par status post implantation d'une prothèse dis-

C-294/2018 Page 22 cale Prodisc L5-S1 le 25.11.2005 ; (2) Douleurs et raideurs rachi- diennes chroniques sur spondylarthrose légère à moyenne cervi- cales [C4 à C7] et lombaires L5/S1 ; (3) Suspicion de blocage sacro- iliaque des deux côtés ; (4) Syndrome douloureux somatoforme per- sistant F45.4 ; diagnostics sans répercussion sur la capacité de tra- vail : (5) Maladie coronarienne univasculaire (artère coronaire droite) avec status post stent en 2000 et re-stent en 2015 ; (6) Status post hernies inguinales bilatérales, opérées des deux côtés en 1990, révisées en 2004 à droite, et en 2006 à gauche ; (7) Contusion de la main droite en décembre 2016 ; (8) Troubles psychiques réaction- nels F68.0 » (pce AI 260) ; - la prise de position médicale du 7 avril 2017, par laquelle le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin SMR, s'est déterminé sur l'expertise pluridisciplinaire précitée ; se basant sur les diagnostics établis par les experts, le Dr L. _____ a retenu qu'A. _____ présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de grutier à compter du 24 août 2004 et d'une incapacité de travail limitée à 25 % dans une activité adaptée dès le 20 mars 2006, précisant au surplus que l'expertise confirmait « très clairement » l'absence de toute modification significative de la capa- cité résiduelle de travail depuis la date du rejet de la première de- mande de prestations d'invalidité, si bien que, du point de vue so- matique, le rejet de la seconde demande se justifie et les prises de position de la Dresse E. _____ doivent être confirmées, y compris s'agissant des limitations fonctionnelles et des activités de substitu- tion qui y sont répertoriées (pce AI

263) ; - la prise de position médicale du 16 mai 2017, par laquelle la Dresse M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin SMR, après avoir examiné l'expertise pluridisciplinaire précitée sous l'angle de sa spécialité, a constaté que l'expert avait retenu un diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 » induisant une incapacité de travail de 40 % mais avait finalement considéré que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée s'élevait à 75 % ; elle a ensuite rappelé qu'en 2008, le Dr N._____ n'avait pas retenu le diagnostic de F45.4 mais une « majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques F68 » et a souligné que le Dr K._____, dans le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire, n'avait pas motivé les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions précédentes ; par-

C-294/2018 Page 23 tant, constatant ces divergences dans les diagnostics et dans l'évaluation de la capacité de travail de l'expertisé, la Dresse M._____ a indiqué ne pouvoir se prononcer (pce AI 265) ; - le procès-verbal du « rapport OAIE » du 28 septembre 2017, duquel il ressort l'évaluation médicale suivante : « Sur le plan rhumatologique, la situation est demeurée stationnaire, de sorte que l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée peut rester fixée au taux de 75 %. Sur le plan cardiologique, on note une aggravation transitoire, stabilisée en 2015, sans répercussion durable sur la capacité de travail. Quant au volet psychiatrique, la situation décrite par la psychiatre du F._____ est superposable à celle observée en son temps par le Dr N._____. En termes de capacité de travail, le psychiatre du F._____ évoque une incapacité de travail de 40 % concrètement, soit pour tenir compte des plaintes et des douleurs relayées par l'assuré. Cela étant, abstraction faite de ces éléments qu'il s'agit d'écarter dans l'appréciation objective du cas (approche biomédicale, non pas bio-psycho-sociale), l'expert estime qu'une capacité de travail de 75 % peut être atteinte. Par conséquent, on ne peut pas retenir d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 10.12.2009 et la capacité de travail de 75 % dans une activité de substitution peut être maintenue » (pce AI 267). 9.3 Sur le plan économique, l'OAIE a recueilli : - les « questionnaire(s) à l'assuré (UE) » établis les 23 août 2011 et 20 octobre 2012, dans lesquels l'assuré a notamment indiqué avoir exercé, comme dernier emploi, une activité de grutier (« opérateur grue ») pour le compte de la société B._____, à (...), activité pour laquelle il percevait un salaire mensuel brut de 4'900 francs par mois (pour 40 heures de travail hebdomadaire) (pces AI 153 [questionnaire du 23 août 2011] et 180 [questionnaire du 20 octobre 2012]). 10. 10.1 En l'espèce, le Tribunal est amené à examiner le bien-fondé de la décision du 11 décembre 2017 par laquelle l'OAIE a considéré que l'état de santé d'A._____ ne s'était pas amélioré depuis la décision du 10 décembre 2009 et lui a conséquemment dénié le droit à la perception d'une rente d'invalidité, se basant principalement sur l'expertise pluridisciplinaire (pce AI 260) – réalisée en Suisse entre janvier 2017 (examens de l'assuré par quatre praticiens spécialistes) et mars 2017 (publication du rapport

C-294/2018 Page 24 d'expertise) – laquelle avait été requise par l'arrêt de renvoi rendu le 26 novembre 2015 par le Tribunal administratif fédéral dans la procédure C-3549/2014.

10.2 Dans son mémoire de recours, A._____ a contesté la décision précitée, arguant avoir été reconnu invalide par les autorités portugaises, lesquelles ont retenu son incapacité totale de travailler et lui ont octroyé une rente d'invalidité (ci-dessus, let. M).

10.3 Ainsi, l'objet du présent litige consiste à déterminer si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis le prononcé de la décision de l'OAI- C._____, statuant sur sa première demande de prestations d'invalidité, le 10 décembre 2009. 11. 11.1 Eu égard à son

importance sur le sort du présent litige, il y a préliminairement lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par F. _____ SA, à (...). 11.2 11.2.1 Chargé du volet de médecine interne générale, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne, a examiné A. _____ et a indiqué s'être trouvé en présence d'un assuré visiblement dépressif, désespéré et démotivé, en douleur au niveau du rachis et des membres inférieurs, ayant au surplus de la difficulté à se mouvoir et à se déplacer, ce qui rendit tout examen clinique du tronc difficile. Ces constatations ont amené l'expert à estimer une reprise du travail peu probable et ce malgré la stabilisation de la situation sous l'angle cardiaque, une activité légère, de vigile par exemple, avec des déplacements modérés sur de courtes distances, apparaissant néanmoins envisageable (pce AI 260, p. 22 à 29). 11.2.2 Chargé du volet orthopédique, le Dr I. _____, spécialiste en orthopédie et en traumatologie, qui a procédé sur la personne de l'expertisé à des examens cliniques complémentaires (radiographies du bassin face et de la colonne cervicale trans-buccale, scanners cervical et lombaire), a posé, comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, des douleurs chroniques avec épisodes aigus de tout le rachis, avec un maximum au niveau lombo-sacré, un status après implantation, le 25 novembre 2005, d'une prothèse totale de disque Pro Disk L5-S1, des raideurs de la

C-294/2018 Page 25 colonne dorso-lombaire. Sur le plan de la capacité de travail, l'expert a relevé que, du point de vue orthopédique, la capacité de travail d'A. _____ est nulle depuis le 8 octobre 2004 dans l'activité professionnelle exercée de grutier ; dite capacité est de 75 % dans une activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles répertoriées (« mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, travaux lourds, port de charges supérieures à 5 kg, possibilité d'alterner la position assise et debout, impossibilité de se baisser, de monter et de descendre les escaliers et de marcher sur un terrain inégal, impossibilité de fermeture du poing pour le majeur, l'annulaire et l'auriculaire ») et ce, depuis la date de l'expertise du Dr R. _____, soit depuis le 21 août 2007. L'expert a en outre précisé que l'examen clinique et radiologique du 9 janvier 2017 n'avait pas apporté d'éléments nouveaux par rapport à l'expertise du Dr R. _____ précitée et n'a constaté aucune aggravation de l'état de santé sous l'angle rhumatologique (pce AI 260, p. 30 à 40). 11.2.3 Mandaté pour effectuer le volet psychiatrique, le Dr K. _____, psychiatre et psychothérapeute, se basant sur le dossier de la cause ainsi que sur l'expertise d'A. _____ effectuée le 10 janvier 2017 au cours de laquelle il a été procédé à un examen complémentaire (Echelle MADRS permettant de mettre en exergue et de quantifier l'éventuel état dépressif de l'expertisé), a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ayant un impact sur la capacité de travail d'A. _____. L'expert a évalué à 40 % l'incapacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique mais a souligné « que malgré le manque de motivation actuel, l'assuré serait capable, du point de vue psychiatrique de travailler à un degré plus élevé », de 75 % (pce AI 260, p. 41 à 51). 11.2.4 S'agissant du volet cardiologique, confié au Dr G. _____, spécialiste en cardiologie et en cardiologie interventionnelle, il en ressort le diagnostic de maladie coronarienne d'un vaisseau (artère coronaire droite) avec status après stent de l'artère coronaire droite moyenne en 2000, status après re-stents actifs de l'artère coronaire droite moyenne pour resténose-intrastent le 8 juin 2015. Ce diagnostic a été établi sur la base du dossier, de la consultation de l'assuré, le 9 janvier 2017, et d'examens complémentaires – électrocardiographie au repos et échocardiographie – aux résultats tous deux normaux, étant au surplus précisé qu'aucune épreuve d'effort n'a pu être effectuée en raison des problèmes dorsaux du patient (pce AI 260, p. 52 à 55).

C-294/2018 Page 26 11.2.5 Aux termes du consensus pluridisciplinaire effectué le 30 janvier 2017, ont été retenus les diagnostics suivants : avec incidence sur la capacité de travail, (1) des lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche, sur status post implantation d'une prothèse discale Prodisc L5-S1 le 25 novembre 2005, (2) des douleurs et raideurs rachidiennes chroniques sur spondylarthrose légère à moyenne cervicales (C4 à C7) et lombaires L5/S1, (3) une suspicion de blocage sacro-iliaque des deux côtés, (4) un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; sans incidence sur la capacité de travail, (1) une maladie coronarienne univascularisée (artère coronaire droite) avec status post stent en 2000 et re-stent en 2015, (2) un status post hernies inguinales bilatérales, opérées des deux côtés en 1990, révisées en 2004 à droite, et en 2006 à gauche, (3) une contusion de la main droite en décembre 2016, (4) des troubles psychiques réactionnels (F68.0). Les experts ont ensuite procédé à l'évaluation pluridisciplinaire de la capacité de travail d'A._____. Il en est ressorti une capacité de travail nulle dans l'activité passée de grutier ; quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, le consensus pluridisciplinaire l'a estimée à 75 % avec les limitations fonctionnelles décrites du point de vue physique et à 60 % du point de vue psychiatrique (tenant compte du rendement diminué). Il a cependant été précisé ce qui suit : « Dans le cadre de son trouble douloureux somatoforme persistant F45.4 en tant que diagnostic psychiatrique, [A._____] reste fixé sur sa douleur ressentie et interprétée comme invalidante, l'empêchant d'entreprendre toute mesure thérapeutique utile et nécessaire. [...]. La récupération de la fonction cardiaque par le second stent en 2015 n'a pas réussi à diminuer la peur de l'assuré, si bien qu'il s'est immobilisé physiquement et mentalement dans son état actuel. C'est pourquoi notre expert psychiatrique estime sa [capacité de travail] à 60 % (incluant un rendement diminué), mais nous estimons qu'avec une approche thérapeutique combinée et intense (même si l'assuré ne paraît pas disposé à suivre une prise en charge cognitivo-comportementale lui permettant d'interrompre son cercle vicieux), la [capacité de travail] peut être amenée à 75 % » (pce AI 260, p. 10 à 21). 11.3 11.3.1 A l'instar de l'autorité inférieure, le Tribunal est d'avis qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts, les Drs J._____ (médecine interne), G._____ (cardiologie), K._____ (psychiatrie) et I._____ (orthopédie), lesquels ont examiné A._____ les 9 et 10 janvier 2017. Les différents diagnostics posés par les quatre spécialistes précités ont été intégralement repris dans la synthèse pluridisciplinaire effectuée le 30 janvier 2017 (ci-dessus, consid. 11.2.5) ; il a de surcroît été répondu aux

C-294/2018 Page 27 questions de l'autorité d'instruction relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assuré (ibid.). En résumé, A._____ ne dispose d'aucune capacité de travail dans l'activité, exercée jusqu'en 2004, de grutier ; le consensus pluridisciplinaire des experts met cependant en lumière la persistance d'une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée, soulignant que l'état de santé n'a pas ou peu évolué depuis 2009 même en tenant compte de la sténose coronarienne résolue par la mise en place d'un second stent (pce AI 260, p. 11), mettant au surplus en exergue la fixation de l'assuré dans son état actuel, son absence de volonté et de motivation ainsi que son incapacité de se projeter dans une évolution positive (pce AI 260, p. 19 et 20). 11.3.2 Il appert que l'expertise pluridisciplinaire a été réalisée par des spécialistes en médecine générale, psychiatrie, cardiologie et orthopédie. Ces praticiens disposaient de la formation et des compétences requises pour juger valablement de l'état de santé du recourant. Les différents volets du rapport ont été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigation complètes ; l'assuré a été examiné – entretiens et examens cliniques complémentaires – par chacun

des quatre praticiens les 9 et 10 janvier 2017 (pce AI 260, p. 1). L'expertise satisfait de surcroît aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où elle tient compte de l'intégralité des éléments du dossier mis à la disposition des experts par l'OAIE et a donc été rédigée en pleine connaissance du dossier médical et économique déterminant (pce AI 260, p. 3 à 9 [énumération et brefs résumés des pièces du dossier]). Ses conclusions reposent sur une anamnèse complète, constituée principalement des avis et rapports médicaux des praticiens suisses et portugais ayant pris en charge l'assuré, des certificats médicaux reconnaissant une incapacité de travail et des résultats d'examens paracliniques et d'analyses. L'expertise comprend en outre les appréciations détaillées de chacun des spécialistes ainsi que leurs diagnostics argumentés et une appréciation circonstanciée du cas (ci-dessus, consid. 11.2.1 à 11.2.4). Il a en outre été tenu compte des plaintes de l'assuré, lesquelles ont été exhaustivement répertoriées (pce AI 260, p. 24 s., 32 s. et 43).

11.4 S'agissant plus spécifiquement du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire (pce AI 260, p. 41 à 51 ; cf. également ci-dessus, consid. 11.2.3), rédigé par le Dr K. _____, psychiatre et psychothérapeute, il y a lieu d'examiner s'il respecte la jurisprudence spécifique relative à cette spécialité.

C-294/2018 Page 28 11.4.1 Se fondant sur le dossier médical, sur une consultation en présence de l'assuré et sur des examens complémentaires, le Dr K. _____ a retenu, comme diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). S'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail du point de vue psychiatrique, le praticien l'a estimée à 40 %, précisant que, « malgré le manque de motivation actuel, l'assuré serait capable, du point de vue psychiatrique de travailler à un degré plus élevé (75 %) » (pce AI 260, p. 48). Cette conclusion a fait l'objet d'une précision dans le cadre du consensus pluridisciplinaire de l'expertise, afin d'expliquer cette différence d'approche. Les experts ont ainsi exposé : « Dans le cadre de son trouble douloureux somatoforme persistant F45.4 en tant que diagnostic psychiatrique, [l'assuré] reste fixé sur sa douleur ressentie et interprétée comme invalidante, l'empêchant d'entreprendre toute mesure thérapeutique utile et nécessaire. Ceci est à considérer comme sa principale [limitation fonctionnelle psychiatrique]. La récupération de la fonction cardiaque par le second stent en 2015 n'a pas réussi à diminuer la peur de l'assuré, si bien qu'il s'est immobilisé physiquement et mentalement dans son état actuel. C'est pourquoi notre expert psychiatrique estime sa capacité de travail à 60 % [incluant un rendement diminué], mais nous estimons qu'avec une approche thérapeutique combinée et intense [même si l'assuré ne paraît pas disposé à suivre une prise en charge cognitivo-comportementale lui permettant d'interrompre son cercle vicieux], la [capacité de travail] peut être amenée à 75 % » (pce AI 260, p. 12 et 13).

11.4.2 11.4.2.1 La jurisprudence du Tribunal fédéral enseigne qu'en psychiatrie, le diagnostic doit être posé par un spécialiste en ce domaine et se fonder sur un système de classification scientifiquement reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou de troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; voir,

également, ATF 143 V 418 consid. 6).

C-294/2018 Page 29 11.4.2.2 Par souci d'exhaustivité, il y a lieu de rappeler que le Tribunal fédéral a classé les indicateurs déterminants dans deux catégories principales avant d'établir une énumération des facteurs à analyser (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. 11.4.3 En l'occurrence, c'est sur la base d'une analyse prenant expressément en compte les indicateurs déterminants ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) et qui ont été rappelés précédemment (ci-dessus, consid. 11.4.2.2) que le Dr K._____ a élaboré son rapport d'expertise et ses conclusions. A ce propos, il y a tout particulièrement lieu de mettre en exergue les pages 48 à 50 de l'expertise pluridisciplinaire dans lesquels sont abordés, conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 141 V 281), les dommages à la santé mentale de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.1), la personnalité de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.2), le contexte social dans lequel il évolue (ATF précité, consid. 4.3.3) ainsi que les aspects portant sur le comportement de l'intéressé, sur la cohérence de son récit et sur ses ressources (ATF précité, consid. 4.4). Ainsi, dans ce cadre, le Tribunal de céans constate que l'expert a tout d'abord relevé que les appréciations sur la santé psychique de l'assuré figurant au dossier provenaient principalement des Drs Q._____, Chanson et R._____ – aucun n'est médecin spécialiste en psychiatrie – et a rappelé que l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr N._____ en février 2008 aboutissait à la constatation que l'intéressé ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique entraînant

C-294/2018 Page 30 une incapacité de travail sous l'angle psychiatrique, soulignant au surplus l'absence de toute indication permettant d'attester de l'existence d'un suivi psychiatrique, respectivement d'un traitement prescrit à A._____. Le praticien s'est ensuite penché sur la personnalité de l'expertisé, niant – en se basant tant sur les pièces du dossier que sur la consultation – tout trouble de personnalité. Il a cependant été mis en exergue, notamment, les ressources personnelles relativement limitées de l'assuré pour assumer son existence et faire face à ses problèmes dans le contexte des limitations fonctionnelles qu'il connaît et des troubles douloureux associés. Sous l'angle du contexte social, le Dr K._____ a relevé les différences socio-culturelles, les compétences linguistiques limitées de l'assuré tout comme l'est son niveau scolaire et l'absence de toute formation professionnelle. Finalement, s'agissant de la catégorie « cohérence » des indicateurs déterminant de la jurisprudence, l'expert a en substance relevé que si la souffrance physique d'A._____ a été prise en charge au travers d'exams, de traitements et d'opérations, la souffrance psychique n'a quant à elle fait l'objet d'aucun « traitement psychologique-psychiatrique » (pce AI 260, p. 50). 11.5 11.5.1 Les volets somatiques (médecine interne, orthopédie et cardiologie) du rapport d'expertise pluridisciplinaire ont été soumis à l'appréciation du Dr. L._____, médecin SMR, le 13 mars 2017 (pce AI 262). Ce dernier a rendu son avis le 7 avril 2017. Reprenant les diagnostics retenus dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, le médecin SMR a au surplus relevé que ladite expertise

confirmait « très clairement » l'absence de modification significative de la capacité résiduelle de travail depuis la date de rejet de la première requête de prestations d'invalidité formulée par A._____, concluant conséquemment que, du point de vue somatique, le rejet de la nouvelle demande est justifié et que les prises de positions passées de la Dresse E._____ (à ce propos, cf. tout particulièrement la prise de position du 9 mai 2014 [pce AI 217]) devaient être confirmées (pce AI 263). 11.5.2 11.5.2.1 Cela dit, il y a lieu de mentionner qu'à la demande du Dr L._____, le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire a été porté à la connaissance de la Dresse M._____, médecin SMR, psychiatre et psychothérapeute. Dans sa prise de position du 16 mai 2017 (pce AI 264), la prénommée a indiqué ne pouvoir se prononcer, mettant en exergue les divergences, prétendument non motivées, de diagnostics

C-294/2018 Page 31 entre ceux posés par le Dr N._____, en 2008, et ceux du Dr K._____, d'une part, et les deux appréciations du Dr K._____ relatives à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, d'autre part. La Dresse M._____ a demandé que le dossier soit examiné par l'autorité inférieure dans le cadre d'un « rapport OAIE ». 11.5.2.2 Ledit « rapport OAIE » a eu lieu le 28 septembre 2017 (pce AI 267). Les médecins – trois psychiatres, deux rhumatologues, un neurologue, un interniste, un spécialiste en médecine physique et réadaptation – ainsi que les collaborateurs de l'OAIE présents se sont déterminés sur les différents volets de l'expertise pluridisciplinaires. En rapport avec le volet psychiatrique, il a été précisé que la situation décrite par le Dr K._____ était « superposable » avec celle observée par le Dr N._____ par le passé. Il a en outre été en substance considéré que la capacité résiduelle de travail sous l'angle psychiatrique avait fait l'objet d'une analyse sous deux approches différentes, à savoir une approche bio-médicale, d'une part, et une approche bio-psycho-sociale, d'autre part. Concrètement, lorsque le Dr K._____ a évoqué une capacité de travail de 40 %, il a tenu compte, dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale, des plaintes et des douleurs relatives par l'assuré. 11.5.2.3 Or, en droit des assurances sociales, l'approche bio-psycho-sociale n'est pas recevable. Seule une appréciation objective de la capacité résiduelle de travail est admise. En effet, dans un arrêt du 2 février 2010, le Tribunal fédéral avait précisé que si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part, et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels. Le droit n'ignore certes pas le rôle majeur que le modèle bio-psycho-social joue aujourd'hui dans l'approche thérapeutique de la maladie. Néanmoins dans la mesure où il en va de l'évaluation assécurologique de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait cette exigibilité lorsque celle-ci se fonde de manière prépondérante sur des facteurs psycho-sociaux ou socioculturels, facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010). En d'autres termes, le droit des assurances-sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psycho-sociaux et socioculturels (arrêts du Tribunal fédéral

C-294/2018 Page 32 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.2 et 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Ces facteurs, dont il est tenu compte dans l'établissement du

diagnostic – au travers des indicateurs déterminants dont il a été question précédemment (ci-dessus, consid. 11.4.2) – ne sauraient par contre intervenir dans le cadre de la détermination de l'exigibilité d'une activité professionnelle. Ainsi, les plaintes en rapport avec l'exercice d'une activité, notamment le manque de motivation lié à celle-ci, ne sont pas des motifs recevables en droit des assurances-sociales. C'est dès lors à raison que les experts désignés, dans le cadre du consensus pluridisciplinaire, ont précisé avoir retenu un taux résiduel de travail de 75 % dans une activité adaptée – et non le taux de 60 % – et les raisons de ce choix (ci-dessus, consid. 11.4.1 in fine), raisonnement qui a été validé par les médecins SMR lors du rapport OAIE (ci-dessus, consid. 11.5.2.2). 11.6 Au vu de ce qui précède, en tenant compte des précisions en rapport avec le volet psychiatrique, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'expertise pluridisciplinaire réalisée par F._____. SA dont les conclusions ressortant du consensus pluridisciplinaire peuvent être reprises pour déterminer le sort de la seconde demande de prestations d'invalidité formulée par A._____. Il n'existe en effet aucun indice concret – et le recourant n'en soulève aucun – permettant au Tribunal de douter du bien-fondé desdites conclusions. 12. Se basant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et sur l'appréciation des médecins SMR, le Tribunal constate que l'état de santé d'A._____ n'a pas connu d'aggravation médicalement constatée et attestée depuis la date de la décision rendue par C._____ en date du 10 décembre 2009 statuant sur la première requête de prestations d'invalidité, condition sine qua non pour prétendre à l'octroi de telles prestations. Aucune modification notable de l'état de fait n'est ainsi intervenue selon la vraisemblance prépondérante. Dans ces conditions, sa capacité résiduelle de travail s'élève toujours à 75 % dans une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles. 13. La capacité résiduelle de travail de l'assuré étant inchangée, le Tribunal de céans considère dès lors qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2018 du 4 juin 2018 consid. 4.5 ; cf. également MARGIT MOSER-SZELESS, in : A.-S. Du-pont / M. Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances

C-294/2018 Page 33 sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 29 ad art. 17), ce dernier restant fixé à 37 % tel que déterminé dans le cadre de la première demande de prestations par l'OAI-FR, en décembre 2009 (pce AI 139), insuffisant pour donner le droit à A._____ à bénéficier d'une rente d'invalidité au vu de l'art. 28 al. 2 LAI. Il doit au surplus être précisé que la situation professionnelle de l'assuré n'a pas connu d'évolution depuis cette date. Sur ce vu, une nouvelle évaluation n'apparaît pas justifiée. A ce titre, l'OAIE, dans sa décision du 11 décembre 2017, objet de la présente procédure, s'était bornée à mentionner que la diminution de la capacité de gain était de 37 % (pce AI 275). Au demeurant, force est à l'analyse du dossier de constater que le détail du calcul effectué en 2009 n'a pas fait l'objet d'objections concrètes de la part du recourant (sur ce qui précède, pour un dossier similaire, cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3528/2015 du 23 février 2008 [recte : 2018] consid. 11). 14. Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE a considéré que l'état de santé d'A._____ n'avait pas évolué de manière significative depuis la décision rendue le 10 décembre 2009 – statuant sur sa première demande de prestations d'invalidité – et que son taux d'invalidité ne permettait pas de justifier l'octroi d'une rente d'invalidité ; partant, l'autorité inférieure ayant correctement appliqué le droit en vigueur, le recours interjeté le 9 janvier 2018 doit être rejeté et la décision de l'OAIE du 10 décembre 2017 confirmée. 15. 15.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA).

Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'était acquitté le 29 janvier 2018. 15.2 Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (le dispositif est porté à la page suivante)

C-294/2018 Page 34

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