

# **BVGer C-3067/2019 vom 27. Oktober 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-10-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3067\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3067_2019)

FR: TAF C-3067/2019 du 27 octobre 2021

IT: TAF C-3067/2019 del 27 ottobre 2021

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1, 2014/4 consid. 1.2).

### **E. 1.2**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité inférieure qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

### **E. 2.2**

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

### **E. 2.3**

Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à bon droit que l'OAI du canton D. \_\_\_\_\_ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision attaquée.

### **E. 3.1**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

### **E. 3.2**

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant allemand, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n°883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

### **E. 3.3**

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

### **E. 4**

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI dans le cadre d'une nouvelle demande. En particulier, il porte sur la question de savoir si c'est à tort ou à raison que l'OAIE n'est pas entré en matière sur ladite demande, en retenant que le recourant n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

### **E. 5.1**

En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI en relation avec l'art. 17 LPGA, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si la personne assurée établit de façon plausible (« glaubhaft ») que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

### **E. 5.2**

Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande. Si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Il appartient à la personne assurée de démontrer que ses allégations sont plausibles, faute de quoi l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (arrêts du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006 consid. 1.1, I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). C'est donc la personne assurée qui supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestation. Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen, de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). Le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants, ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_841/2014 du 17 avril 2015 consid. 3.3). Le degré de la preuve exigé est réduit et ne correspond pas à celui de la vraisemblance prépondérante généralement demandée en matière d'assurances sociales. Il suffit que des indices d'une certaine consistance (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, même s'il subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_597/2017 du 12 janvier 2018 consid. 2.2 et 9C\_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.1). Pour apprécier le caractère plausible, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

### **E. 5.3**

Pour déterminer si une modification de l'invalidité a été rendue plausible au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, constitue le point de départ. Il s'agit d'examiner s'il existe des indices rendant plausible une modification de l'invalidité du recourant propre à influencer ses droits entre la décision de rejet de la première demande de prestations et la décision querellée (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_367/2016 du 10 août 2016 consid. 2.3 et 9C\_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1 et 2.1.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006).

### **E. 5.4**

Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au moment du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1, 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3, I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 2.2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Les rapports médicaux produits après que la décision attaquée a été rendue sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de

santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAIE (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3 et 9C\_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Partant, en principe, le Tribunal n'examine pas les preuves versées hors procédure administrative (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_64/2014 du 31 mars 2014 consid. 3).

## **E. 6**

La dernière décision de l'OAIE entrée en force examinant matériellement le droit à la rente d'invalidité du recourant est la décision du 25 avril 2018 (AI doc 105).

## **E. 7**

Pour déterminer si le recourant a rendu plausible une modification déterminante de son invalidité, les indices tels qu'ils se présentaient le 25 avril 2018 - au moment de la première décision - doivent être comparés avec ceux qui ont existé au moment de la décision entreprise du 17 mai 2019.

### **E. 7.1**

Dans le cadre de la première demande de 2015, les atteintes suivantes ont été retenues : avec effet sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent avec processus chronique et épisode actuel léger à moyen ; sans effet sur la capacité de travail : soupçon d'une douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques ; utilisation nocive d'oxazépam iatrogénique prescrit ; status après remplacement de la cavité de la hanche droite le 19 décembre 2012 en raison d'un desserrage de celle-ci et d'une rupture des vis lors d'un status après ostéosynthèse du bassin et implantation d'une prothèse de la hanche droite lors d'une fracture du cotyle suite à un traumatisme à forte énergie en 2003, status après fracture par arrachement du grand trochanter droit en juin 2011, coxarthrose débutante à gauche selon SPECT/CT du 23 août 2012 ; périarthropathie scapulo-humérale calcarea gauche plus qu'à droite (sus-épineux plus que sous-épineux gauche et sus-épineux droit) selon l'arthro-CT de l'épaule gauche du 22 novembre 2016 et radiographie de l'épaule droite du 30 novembre 2016, actuellement tendinose du sus-épineux gauche avec impingement ; syndrome lombo-vertébral chronique et syndrome cervico-vertébral au sens de douleurs non spécifiques au niveau du rachis et de la nuque ; tendinose liée à la crête iliaque des deux côtés ; déséquilibre musculaire au niveau de la ceinture scapulaire des deux côtés (trapèze et rhomboïde) ; soupçon clinique de rhizarthrose et d'arthroses de l'articulation de base du gros orteil ; tendinose du tendon d'Achille droit ; status après opération d'une blessure des tendons fléchisseurs au doigt IV gauche il y a des années ; adipositas 177 cm/108 kg BMI 35.

### **E. 7.2**

Pour ce qui a trait à la nouvelle demande de 2018, les affections suivantes ressortent des nouveaux documents médicaux produits par le recourant en vue de motiver sa demande : majoration des symptômes dépressifs ayant nécessité une hospitalisation ; récurrence de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche ; arthralgies diffuses ; thrombose veineuse profonde fémorale superficielle et poplitée ; exploration gastrocnémienne et soléaire difficile en raison d'œdèmes ; syndrome de dépendance actuellement abstinente (en lien avec la cocaïne) et aucun diagnostic associé ; dépendance aux substances psychoactives multiples (cocaïne, cannabis, tabac) ; insuffisance veineuse des membres inférieurs avec

phlébites répétitives ; arthralgies lombaires ; coxalgies droites post-traumatiques (fracture de hanche suite à un accident de la voie publique, compliqué de sepsis) ; inégalité de longueur des membres inférieurs séquellaires avec boiterie ; syndrome dépressif majeur réactionnel à un conflit conjugal (divorce) ; suspicion d'un calcul du groupe caliciel moyen du rein droit ; aspect de stéatose hépatique diffuse modérée ; tassement modéré en forme de galette de D 11 apparu depuis l'examen réalisé en 2017.

## **E. 8.1**

Ainsi, une comparaison des diagnostics précités entre le moment de la première décision entrée en force et celui depuis le dépôt de la nouvelle demande jusqu'à la décision dont est recours fait ressortir les éléments suivants.

### **E. 8.1.1**

Au niveau des symptômes dépressifs - qui, pour rappel, représentaient la seule atteinte à la santé du recourant avec effet sur la santé d'après l'expertise bi-disciplinaire -, le médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, indique, dans son certificat médical du 26 octobre 2018, qu'ils se sont majorés et ont nécessité une hospitalisation (AI doc 108 p. 5). Cette conclusion est certes confirmée par la lettre de liaison du 23 octobre 2018, laquelle renseigne que le recourant a été hospitalisé du 2 au 23 octobre 2018 pour une reprise des consommations quotidiennes de cocaïne depuis mi-août 2018. Toutefois, cette lettre de liaison révèle aussi qu'à la fin de l'hospitalisation le recourant n'a plus qu'un syndrome de dépendance actuellement abstinent (CIM-10 : F 10.20) et aucun diagnostic associé. Elle ajoute qu'aucun événement indésirable n'a eu lieu pendant l'hospitalisation. L'évolution est marquée par un bon déroulement du sevrage et les stratégies de maintien de l'abstinence restent à consolider en ambulatoire, il n'y a pas de signe de décompensation thymique retrouvé au cours de l'hospitalisation. En somme, la lettre de liaison sous-entend que la péjoration de l'état psychique du recourant s'est atténuée au cours du séjour hospitalier, tout en recommandant la reprise du suivi psychiatrique pour maintenir cet état (AI doc 109). Aussi le médecin du SMR - au demeurant spécialisé dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie - peut-il être suivi lorsqu'il considère que l'épisode dépressif n'est pas durable, ni ne représente un dommage notable à la santé du recourant et qu'il peut être traité de manière efficace et opportune, de sorte qu'une aggravation durable et considérable de l'état de santé par rapport à l'expertise bi-disciplinaire ne peut être constatée (voir AI doc 112). Dans le cadre de la procédure d'audition, le recourant fournit, entre autres, un nouveau certificat du Dr F. \_\_\_\_\_ daté du 1er mars 2019, dans lequel le médecin traitant signale que le recourant souffre d'un syndrome dépressif majeur réactionnel à un conflit conjugal (divorce) et précise le traitement médicamenteux suivi (AI doc 118 p. 8). Cependant, il convient de remarquer, d'une part, que le conflit conjugal remonte à juillet 2014 (voir AI doc 73 p. 5) et que d'autre part, le recourant a ensuite été à nouveau hospitalisé du 4 mars au 1er avril 2019 - soit à une date ultérieure - en vue d'une mise à distance des consommations de cocaïne à la demande du recourant. Or, si au début de l'hospitalisation, il est relevé notamment que l'humeur du recourant était légèrement triste, exprimant son impuissance vis-à-vis de son addiction à la cocaïne, il n'en demeure pas moins qu'à la fin du séjour hospitalier les médecins constatent une évolution favorable, une bonne gestion des symptômes de manque, une absence de trouble du comportement ainsi que le fait que l'humeur s'est neutralisée. Ils relèvent encore la persistance d'une ambivalence par rapport au projet de sevrage total avec une fragilité vis-à-vis des substances psychoactives. Ils diagnostiquent une dépendance aux substances psychoactives multiples (cocaïne, cannabis,

tabac) (CIM-10 : F 1925), mais ne retiennent aucun diagnostic associé, tout en préconisant une reprise du suivi psychiatrique (voir lettre de liaison du 1er avril 2019 [AI doc 118 p. 2 ss]). Là aussi, au vu de ce qui précède, l'avis du médecin du SMR - et la décision attaquée qui le suit - est convaincant lorsqu'il estime que le syndrome dépressif majeur réactionnel à un conflit conjugal n'a pas pu être confirmé, de sorte qu'une aggravation par rapport au volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire ne peut pas être retenue et que même une certaine amélioration est documentée, tout en résumant que le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ ne laisse transparaître aucun constat ou argument médical susceptibles de laisser planer un doute sur la plausibilité de l'expertise bi-disciplinaire. De surcroît, les spécialistes traitants n'attestent d'aucune incapacité de travail relative aux troubles psychiques ou de dépendance.

#### **E. 8.1.2**

S'agissant de la lettre de liaison du 23 octobre 2018 (AI doc 109), si elle apprend que le recourant a en effet été hospitalisé pour une reprise de ses consommations quotidiennes de cocaïne depuis mi-août 2018, il n'en demeure pas moins qu'il est mentionné que celui-ci ne présente plus qu'un syndrome de dépendance actuellement abstinent et aucun diagnostic associé. Un traitement médicamenteux lui est en outre prescrit et une reprise du suivi psychiatrique par un psychiatre préconisée, afin de maintenir ce sevrage. Si une aggravation de la santé du recourant, déjà connu pour ses dépendances (tabac, une fois cocaïne), est intervenue avant l'hospitalisation, il y a ainsi lieu d'admettre que celle-ci n'était que temporaire et que l'hospitalisation a apporté les résultats escomptés. Aucune incapacité de travail n'est médicalement attestée. Qui plus est, le médecin SMR, spécialiste en psychiatrie, peut être suivi lorsqu'il souligne que le suivi psychiatrique préconisé est exigible du recourant. En somme, le recourant ne rend pas plausible une aggravation de son état de santé avec ce document médical, mais, au contraire, une amélioration, ou du moins un rétablissement, à ce moment-là.

#### **E. 8.1.3**

La nouvelle hospitalisation du 4 mars au 1er avril 2019 met en lumière le fait que le recourant a à nouveau été victime de sa dépendance aux substances psychoactives multiples (cocaïne, cannabis, tabac), et en particulier à la cocaïne. Certes, le cannabis est mentionné pour la première fois, mais l'évolution de l'hospitalisation est une nouvelle fois décrite comme étant favorable, avec une bonne gestion des symptômes de manque, une absence de trouble du comportement et une humeur qui s'est neutralisée. Il reste néanmoins fragile vis-à-vis des substances psychoactives. Alors, un traitement médicamenteux de sortie est ordonné et une reprise du suivi auprès d'un psychiatre une nouvelle fois préconisé (AI doc 118). Au final, il convient de relever que le recourant présente une dépendance qui a un peu évolué des médicaments qu'il avait reçus vers la cocaïne et le cannabis. Le médecin SMR, spécialisé pour ces questions, peut néanmoins être suivi lorsqu'il assure que ce déplacement n'a pas d'autres conséquences sur la capacité de travail du recourant que celles retenues dans l'expertise bi-disciplinaire. Ce faisant, le Tribunal ne peut pas retenir une aggravation de l'état de santé rendue plausible par le recourant à cet égard.

#### **E. 8.1.4**

Si la thrombose veineuse profonde n'a pas été indiquée comme diagnostic par les experts de l'expertise bi-disciplinaire - étant précisé qu'elle ne représente au demeurant pas une affection relevant de leur spécialisation -, elle est connue de longue date chez le recourant (voir notamment 1ère demande du recourant [AI doc 1] ; rapport médical détaillé E 213 CH

du 21 février 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_ [AI doc 4 p. 29] ; rapport médical pour adultes du 1er octobre 2016 du même médecin où elle est qualifiée de récidivante et il est précisé qu'elle existe depuis 2008 [AI doc 45]). Elle a donc déjà été considérée dans le cadre de la première décision entrée en force. Pour ces raisons, le fait qu'une récurrence soit avancée, d'ailleurs sans mention par les Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ de ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail du recourant, ne permet pas de retenir qu'une modification notable de l'état de santé du recourant ait été rendue plausible sur ce plan.

#### **E. 8.1.5**

Pour ce qui a trait aux oedèmes dans la région des mollets ils semblent plutôt être indiqués par le Dr Q.\_\_\_\_\_ à des fins d'explication, en ce sens que l'exploration en lien avec la thrombose veineuse profonde en a été rendue difficile. Là aussi, cela ne suffit pas à rendre plausible une modification notable de l'état de santé du recourant. Et ce même s'il n'est pas dit dans le document si un traitement est à suivre pour les résorber.

#### **E. 8.1.6**

En ce qui concerne les arthralgies diffuses rapportées par le Dr F.\_\_\_\_\_ en date du 26 octobre 2018, il sied de remarquer que le médecin en question ne donne pas d'autres précisions que d'être « diffuses ». On ne peut dès lors en déduire quel est leur nombre ou encore quelles sont les articulations qui sont effectivement touchées. Or, le recourant souffre depuis longtemps de différentes arthroses et autres affections similaires (notamment signalées comme diagnostics par l'expert rhumatologue de l'expertise bi-disciplinaire, en outre avec la spécification qu'elles n'ont pas d'effet sur la capacité de travail du recourant : périarthropathies scapulo-humérale gauche plus qu'à droite, soupçon clinique de rhizarthroses et d'arthroses de l'articulation de base du gros orteil, etc. ; le Dr F.\_\_\_\_\_ avait par ailleurs déjà fait état d'arthralgies lombaires et hanche droite dans son certificat du 7 juillet 2015 [AI doc 4 p. 35]). Aucune incapacité de travail correspondante n'est médicalement constatée. Partant, on ne peut partir du principe que le recourant a, en ces termes, rendu plausible une aggravation de son état de santé à ce niveau.

#### **E. 8.1.7**

Les coxalgies droites post-traumatiques certifiées par le Dr F.\_\_\_\_\_ sont reconnues de longue date, l'expert rhumatologue de l'expertise bi-disciplinaire mettait déjà en exergue une coxarthrose débutante - certes à gauche - et qui a été reprise par le SMR ; il était toutefois spécifié qu'elle n'avait pas d'effet sur la capacité de travail. Le recourant n'a de ce fait pas rendu plausible une aggravation notable de sa santé à ce sujet.

#### **E. 8.1.8**

L'inégalité de longueur des membres inférieurs séquellaires avec boiterie est posée par le Dr F.\_\_\_\_\_ sans autres précisions. Il n'est donc en l'état pas établi - alors que le fardeau de la preuve incombe au recourant dans ce cadre - si elle est d'une ampleur suffisante pour impacter la capacité de travail du recourant. Il en va de même de la boiterie. Une aggravation n'est ainsi pas rendue plausible sur ce plan.

#### **E. 8.1.9**

Lorsque le Dr S.\_\_\_\_\_ rapporte une suspicion d'un calcul du groupe caliciel moyen du rein droit dans son rapport relatif à ses examens, le Tribunal se doit de relever qu'il ne s'agit que d'une suspicion et que le médecin indique ainsi ne pas être en mesure de se prononcer avec certitude sur la question. Ce dernier ne se prononce en outre pas sur une incapacité de

travail correspondante. Là non plus, une aggravation notable de l'état de santé du recourant n'est, ce faisant, pas rendue plausible.

#### **E. 8.1.10**

Pour la stéatose hépatique, le Dr S.\_\_\_\_\_ précise qu'elle est diffuse et modérée. Or, il s'agit d'une maladie qui est généralement asymptomatique ou avec des symptômes de fatigue ou de légère gêne abdominale. Etant décrite comme étant in casu modérée, on ne saurait reconnaître que le recourant a rendu plausible une péjoration de son état de santé à cet égard ayant une incidence sur la capacité de travail.

#### **E. 8.1.11**

Enfin, il n'existe pas de dégradation de l'état de santé rendue plausible par le recourant en ce qui concerne le tassement modéré en forme de galette de D11, puisque les douleurs lombaires sont présentes depuis longtemps chez le recourant (voir notamment rapport d'expertise rhumatologique où il est fait mention d'un diagnostic sans effet sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral chronique [AI doc 74]) Aucune nouvelle incapacité de travail correspondante n'est médicalement constatée.

#### **E. 8.2**

Sur la base de la nouvelle demande du recourant de 2018 et des documents qui ont été soumis à l'autorité inférieure dans la procédure administrative, c'est-à-dire jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, il s'avère en conclusion qu'une aggravation notable de son état de santé n'a pas été rendue plausible. Par ailleurs, il est rappelé ici que l'OAIE devait se montrer d'autant plus exigeant que le laps de temps entre la décision entrée en force et la nouvelle demande était très court dans le cas concret. De plus, on rappellera que le Tribunal ne peut et n'a pas à tenir compte à ce stade des pièces médicales qui ont été produites par le recourant durant la présente procédure de recours. On relèvera enfin qu'il eût été indiqué que les affections somatiques du recourant attestées par les médecins consultés aient été évaluées par un médecin SMR spécialisé en la matière plutôt qu'également par un spécialiste en psychiatrie. Dans le cas d'espèce, force est cependant d'admettre que cela n'aurait rien changé.

#### **E. 8.3**

Il s'ensuit que la décision entreprise est conforme au droit. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

#### **E. 9**

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure à Fr. 800.- (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction. En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens, lesquels comprennent les frais de représentation (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]) et permettent au Tribunal, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 FITAF, d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens. Le dispositif se trouve à la page suivante.

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