

BVGer C-3860/2021 vom 12. November 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3860_2021

FR: TAF C-3860/2021 du 12 novembre 2024

IT: TAF C-3860/2021 del 12 novembre 2024

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

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 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et régularisé dans le délai imparti (TAF pces 2 et 7), le recours est recevable.

E. 2.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision, plus particulièrement son dispositif, délimite l'objet de la contestation (« Anfechtungsgegenstand ») qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (ATF 144 II 359 consid. 4.3, 134 V 418 consid. 5.2). En vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne peut en effet statuer que sur les prétentions ou les rapports juridiques sur lesquels l'autorité inférieure s'est déjà prononcée ou aurait dû le faire, sous la forme d'une décision (ATF 134 V 418 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_612/2007 du 7 avril 2008 consid. 4.1). Le tribunal n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359, 134 V 418 consid. 5.2.1).

E. 2.2

Les conclusions et les griefs du recourant se rapportant aux agissements de la SUVA - demande de réouverture du dossier également par cette entité, propos discriminatoires et « gravissimes » tenus par un de ses juristes envers la parole des médecins français par rapport à celle des médecins suisses, fait que son service médical n'ait pas prouvé que la capacité de travail du recourant serait entière dans son activité habituelle dès le 21 mars 2016, état de santé en lien direct avec l'accident de travail, situation de handicap provoqué par cet organe en refusant de prendre en charge une opération chirurgicale nécessaire, rapports mensongers, dommages-intérêts qu'elle devrait, remboursement des séances de kinésithérapie par ses services, non-respect de sa charte, frais de procédure devant être mis

à sa charge - excédent, partant, l'objet de la contestation et sont donc irrecevables.

E. 2.3

Est litigieux le droit du recourant à une rente de l'AI dans un contexte de nouvelle demande.

E. 3

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c).

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 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. 4.1.1

L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), avec ses annexes et règlements (en particulier : 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 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). Toutefois, 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. 4.1.2

S'agissant du droit interne, et conformément à l'application pro rata temporis susmentionnée, la LAI dans sa teneur en vigueur en avril 2018 (soit celle dans son état au 1er janvier 2018), moment du dépôt de la nouvelle demande par le recourant, s'appliquent à la présente cause pour la période antérieure. De plus, les modifications consécutives à la 6e

révision de la LAI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent également en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu. Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce.

E. 4.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 29 juillet 2021). 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). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

E. 5

Le recourant fait implicitement valoir dans son mémoire de recours une violation de son droit d'être entendu. Il reproche en effet à l'autorité inférieure de ne pas avoir mentionné au cours de la procédure d'audition, le rapport du Dr Ee. _____ [recte : Ee. _____], alors que celui-ci aurait été transmis à la SUVA et à l'OAI.

E. 5.1

De nature formelle, et qu'il convient ainsi d'examiner en premier lieu (ATF 138 I 232 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2016 du 30 janvier 2017 consid. 4.1), le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Andreas Auer/Giorgio Malinverni/Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3e éd. 2013, n° 1358 ; Jacques Dubey/Jean-Baptiste Zufferey, Droit administratif général, 2014, n° 1982 ss ; cf. également ATF 134 V 97, 135 I 279 consid. 2.6.1). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3).

E. 5.2

Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (ATF 137 IV 33 consid. 9.2, 136 I 265 consid. 3.2 et les références ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est

que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, 133 III 439 consid. 3.3). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1, 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a ainsi violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1, 135 V 65 consid. 2.6 et les références ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2).

E. 5.3

Or, force est de constater que la décision litigieuse lorsqu'elle énumère les documents reçus en procédure d'audition, cite une chronologie d'observation concernant l'hospitalisation du 6 juillet 2020 du Centre hospitalier Jj._____. Si elle ne précise que cette chronologie a été éditée par le Dr Ee._____, l'autorité inférieure en a, quoi qu'en dise le recourant, tenu compte lors de l'élaboration de sa décision. Au surplus, conformément à la jurisprudence susmentionnée, l'autorité n'avait pas à discuter tous les moyens de preuve déposés, mais seulement ceux qui lui paraissaient pertinents (voir supra consid. 5.2 in fine). Or, la « chronologie d'observation » qui ne fait que mentionner des gonalgies droites suite à l'accident du 12 février 2014 et l'arthroscopie par ménisectomie pratiquée par la suite, diagnostics déjà connus, ne pouvait être considérée comme pertinente dans le cadre de la procédure examinée par l'OAIE, étant au demeurant dépourvu de toute valeur probante (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1). Dès lors, aucun défaut de motivation ne peut être reproché à l'autorité inférieure.

E. 6

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir supra let. A.a) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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, 2e phrase LPGA).

E. 7.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas 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. 7.3

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). Il est par ailleurs rappelé que les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent pas in casu (voir supra consid. 4.1.2).

E. 8.1

Dans le cadre de la présente procédure, l'autorité inférieure avait à juger d'une nouvelle demande de prestations de l'AI du recourant.

E. 8.2

L'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état de fait jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande de prestations ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (art. 87 al. 3 RAI en rapport avec l'art. 87 al. 2 RAI). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4, 130 V 343 consid. 3.5, 130 V 71 consid. 3.2.3, 125 V 368 consid. 2 et les références). En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 98 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

E. 8.3

In casu, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande d'avril 2018, compte tenu du temps qui s'était écoulé dans l'intervalle en raison des difficultés de

notification. Cela équivaut à une reconnaissance de sa part du fait qu'une modification de l'invalidité de manière à influencer les droits ait été rendue plausible (art 87 al. 2 et 3 RAI). Ce point n'a pas à être examiné par le juge (ATF 109 V 262 consid. 3, 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007).

E. 8.4

Aussi appartient-il au Tribunal d'examiner en l'espèce, en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée sur le droit du recourant à une rente (ici : la décision du 14 juillet 2017 [OAIE pce 11 p. 3 ss]), si celui-ci remplissait désormais les conditions d'octroi d'une rente (art. 28 et 29 al. 1 LAI), au moment de la décision contestée du 29 juillet 2021 (OAIE pce 247). Le Tribunal se doit de rappeler auparavant qu'au moyen de la décision du 14 juillet 2017, l'autorité inférieure avait rejeté la première demande déposée par l'assuré en 2015, au motif qu'« à l'écoulement du délai de six mois depuis le dépôt de la demande (23 mai 2016) », une capacité de travail entière avait été retrouvée dans l'activité habituelle (OAIE pce 11 p. 3 ss).

E. 9.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 9.1.1

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). 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, 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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1). 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 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2, 9C_661/2019 du 26 mai 2020 consid. 4.1 et 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4,

125 V 351 consid. 3b/ee.). De plus, la condition de formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation susmentionnée vaut également pour les médecins du SMR (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_324/2022 du 7 février 2023 consid. 7.2 et 9C_661/2019 du 26 mai 2020 consid. 4.1), dont les prises de position doivent être appréciées comme des rapports de médecins liées à l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss). Toutefois, selon la jurisprudence, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 et les références, et 9C_480/2023 du 16 octobre 2023). 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 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_615/2020 du 15 juin 2021 consid. 3.2). Il est rappelé que les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss, 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4).

E. 9.2

Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

E. 9.3

Pour mémoire, dans l'approche qu'il a développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (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 Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de

l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

E. 9.4

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 10.1

Il ressort du dossier que le recourant souffre principalement de gonalgies, d'affections au dos et au sacrum, une évaluation psychiatrique par un médecin ayant encore été requise par l'autorité. Pour fonder sa décision, l'OAIE se rapporte essentiellement à l'avis exprimé par le SMR dans les prises de position médicale des 1er mai 2020 (OAIE pce 214) et 9 avril 2021 (OAIE pce 235) du Dr Cc._____.

E. 10.2

D'emblée, il convient de constater que le médecin du SMR est un médecin généraliste, et non un spécialiste en orthopédie, ce qui prévaudrait pour les problèmes du genou droit représentant la principale atteinte du recourant, en particulier jusqu'à la nouvelle demande. Toujours est-il que le recourant a produit un nombre relativement faible de pièces médicales nouvelles dans le cadre de sa nouvelle demande et dont le contenu ne nécessitait pas forcément, à la lumière des pièces versées au dossier lors de la première demande, l'analyse par un médecin spécialisé en orthopédie. En effet, le simple fait que le Dr Cc._____ soit un médecin généraliste ne démontre nullement que ce praticien n'était pas apte à se prononcer sur dites pièces médicales nouvelles, étant rappelé que selon la jurisprudence, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3, 9C_480/2023 du 16 octobre 2023, 9C_76/2014 du 8 avril 2014 consid. 5 et 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; voir supra consid. 9.1.1). Qui plus est, et même s'ils étaient anciens, l'autorité inférieure avait à disposition, au moment de rendre ses décisions, des rapports fournis par l'assureur-accidents du recourant dans le cadre de la première demande, dont notamment des évaluations du médecin d'arrondissement de celui-ci, le Dr R._____, soit un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (cf. notamment rapports du 22 juin 2016 [OAIE pce 54 p. 28] et du 21 mars 2016 [OAIE pce 54 p. 37 à 43]). Ce médecin d'arrondissement avait effectué un examen complet sur la personne au niveau du genou droit et formulé ses conclusions, tout en tenant compte des plaintes de l'assuré. Ses rapports échappent d'ailleurs au contrôle du juge, la première décision de 2017

ayant acquis force de chose décidée (voir supra consid. 8.2). Pour ce qui a trait aux pathologies au niveau du dos et du sacrum, ainsi qu'aux éventuels troubles psychiques, le fait que le médecin du SMR ne soit ni orthopédiste ou rhumatologue, ni psychiatre ne se révèle, compte tenu de la jurisprudence précitée et des circonstances particulières du cas d'espèce, pas être problématique, comme il sera vu ci-après (voir infra consid. 11.7). Force est ainsi de constater que la spécialisation du médecin du SMR suffisait dans le cas particulier du recourant.

E. 10.3

S'agissant des autres exigences jurisprudentielles de nature formelle, celles-ci s'avèrent être respectées par les rapports du SMR susmentionnés. En effet, le Dr Cc. _____ les a établis en pleine connaissance de l'anamnèse et des documents médicaux nouvellement versés au dossier, qu'il liste.

E. 10.4

En ce qui concerne les conclusions du SMR, il y a lieu de constater que l'atteinte principale retenue dans le cas du recourant en 2017, moment de la première décision entrée en force, était une entorse du genou droit (CIM-10 : S83.4), associée à une suspicion de simulation. Pour la situation en 2021, moment de la décision litigieuse, le SMR, sur la base des documents produits par le recourant dans le cadre de sa nouvelle demande, n'a relevé en 2020 plus aucun diagnostic principal (CIM-10 : Z02.6), mais a retenu un diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de status post entorse du genou droit le 12 février 2014 (OAIE pce 214) ; il a alors conclu à une absence de changement sur le plan somatique (OAIE pce 235). Le SMR n'a en outre pas constaté de diagnostic de nature psychiatrique, mais a proposé de compléter l'instruction sur ce point en sollicitant un rapport médical auprès du psychiatre traitant du recourant (OAIE pce 235). Le recourant ne s'étant ni rendu au rendez-vous fixé par le psychiatre ni pris contact avec le secrétariat de ce dernier pour fixer une nouvelle date de consultation, un tel rapport n'a pu être émis (cf. OAIE pce 246). L'OAIE a alors rendu la décision dont est recours (OAIE pce 247).

E. 11

Il appartient dès lors, au Tribunal dans un premier temps, d'examiner si c'est à juste titre que l'autorité inférieure, se basant sur la position du SMR, a considéré que la situation médicale n'a pas connu de modification notable entre le moment de la première décision entrée en force de 2017 et celui de la décision entreprise. Pour ce faire, il s'agit d'analyser la nouvelle documentation médicale fournie par le recourant pour justifier sa nouvelle demande. Le Tribunal portera ensuite son examen sur les pièces déposées lors de la présente procédure de recours (voir infra consid. 12).

E. 11.1

Il en ressort que le recourant présente une absence de consolidation avec séquelles de l'accident de travail, ce qui empêche le médecin traitant, le Dr S. _____, de « réaliser une rechute » et une indication chirurgicale est toujours valable. Quoi qu'en dise le recourant, cet avis du Dr S. _____ n'est pas nouveau, mais avait déjà été émis avant la première décision entrée en force et pleinement pris en considération par le SMR (cf. par exemple le rapport médical intermédiaire du 1er décembre 2014 [OAIE pce 42 p. 60], dans lequel le Dr S. _____ indique notamment une « [i]nstabilité clinique (en l'absence de chirurgie) »). Elle ne saurait dès lors fonder une nouvelle atteinte.

E. 11.2

Qui plus est, un document médical (rapport d'IRM du genou droit sans injection du 14 novembre 2019 du Dr Dd. _____ [OAIE pce 166]) relève chez le recourant une lésion de stade III de la corne postérieure du ménisque interne. Le Dr Ee. _____ fait aussi mention d'une rupture méniscale interne sur un genou en varum de 7 degrés suite à un accident du 12 février 2014 (chronologie d'observation du 6 juillet 2020 [OAIE pce 220]). Or, s'il s'agit dans les deux cas d'une déchirure du ménisque, il sied de remarquer qu'une fissure oblique de ladite corne avait déjà été signalée par des radiologues avant la première décision entrée en force en 2017 (cf. rapport d'IRM du genou droit du 31 mars 2015 des Drs U. _____ et V. _____ [OAIE pce 20 p. 9], lesquels ont fait état d'un aspect inchangé de cette fissure). Ces médecins n'ont pas précisé le degré de gravité de cette lésion. Un autre médecin, le Dr T. _____, relève qu'il s'agirait d'une petite lésion (rapport du 23 novembre 2015 [OAIE pce 42 p. 4]). Par ailleurs, le Dr S. _____ avait déjà relevé une lésion de la corne postérieure du ménisque interne complexe et douloureuse le 4 mai 2015 (OAIE pce 12). Dans son rapport du 15 juillet 2020 (OAIE pce 218), ce même médecin fait encore référence à une lésion méniscale symptomatique, mais cette dernière avait été constatée par celui-ci en 2016 déjà (OAIE pce 21). Au demeurant, le Dr Ee. _____ (chronologie d'observation du 6 juillet 2020 [OAIE pce 220]) indique que cette affection a été traitée, une arthroscopie par ménisectomie interne et bilan d'usure du compartiment interne du genou ayant été effectuée.

E. 11.3

Pour ce qui a trait à la chondropathie rotulienne débutante objectivée par le Dr Dd. _____ (rapport d'IRM du genou droit sans injection du 14 novembre 2019 [OAIE pce 166]), force est d'admettre que cette pathologie est connue depuis longtemps, soit avant que la première décision entrée en force de 2017 ait été rendue (cf. rapport d'IRM du genou droit du 31 mars 2015 des Drs U. _____ et V. _____ [OAIE pce 20 p. 9] et rapport du 23 novembre 2015 du T. _____ [OAIE pce 42 p. 4]).

E. 11.4

Le Dr Dd. _____ (OAIE pce 166) évoque encore une absence d'épanchement intra-articulaire majeur. Cela confirme l'évolution décrite plus tôt, soit avant la date de la première décision entrée en force de 2017, par le Dr H. _____ (rapport médical intermédiaire du 9 mai 2014 [OAIE pce 42 p. 124]).

E. 11.5

En ce qui concerne le status post entorse du genou droit le 12 février 2014, il s'agit du diagnostic retenu par le SMR lui-même (Dr Cc. _____), lequel souligne que dit diagnostic n'a pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant et qu'il n'y a pas de nouveaux diagnostics à relever dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant (OAIE pce 214).

E. 11.6

S'agissant du flessum de 20°, mais alors réductible et en partie lié à une contracture des muscles ischio-jambiers diagnostiqué par le Dr S. _____ (rapport du 15 juillet 2020 [OAIE pce 218]), le Tribunal remarque que ce diagnostic a été posé à plusieurs reprises par ce médecin avant la première décision entrée en force de 2017 (OAIE pces 12 et 21), et n'apporte, quoi qu'en pense le recourant, pas de constat nouveau.

E. 11.7

En relevant un genou douloureux, le Dr S._____ (rapport du 15 juillet 2020 [OAIE pce 218]) émet un diagnostic trop peu précis pour être éventuellement distingué des autres posés avant la première décision entrée en force de 2017.

E. 11.8

Ce même médecin mentionne encore un antécédent d'algoneurodystrophie (OAIE pce 218). Or, avant que la première décision entrée en force de 2017 ne soit rendue, certains médecins avaient en effet retenu une algoneurodystrophie (suivi des consultations entre le 5 novembre 2014 et le 13 mai 2015 [OAIE pce 12] et rapport du 1er décembre 2014 du Dr S._____ [OAIE pce 42 p. 60] ; rapport du 23 novembre 2015 du Dr T._____ qui cite une évaluation d'une unité spécialisée du 8 mai précédent [OAIE pce 42 p. 4]) ou un soupçon (rapport du 13 mai 2015 du Prof. Y._____ et du Dr Z._____ [OAIE pce 20 p. 7 s.]), mais cela avait été écarté par un autre médecin, le Dr H._____ (rapport 9 septembre 2014 [OAIE pce 42 p. 86]) le SMR en motivant cette conclusion (OAIE pce 41). En conséquence, il ne s'agit en aucun cas d'une nouvelle atteinte.

E. 11.9

L'indication chirurgicale (ostéotomie de valgisation avec régularisation méniscale à minima) mentionnée par les Drs S._____ et Ee._____ (OAIE pces 218 et 220), avait déjà été recommandée par le Dr S._____ lors de la première demande (rapport du 4 mai 2016 [OAIE pce 21]) ayant conduit à la décision entrée en force en 2017 et écartée par le SMR (OAIE pce 41). Elle ne constitue dès lors pas un élément nouveau.

E. 11.10

En ce qui concerne les gonalgies droites avec rupture méniscale interne sur un genou varum de 7 degrés suite à l'accident du 12 février 2014 (jambe gauche normo axée) évoquées par le Dr Ee._____ (rapport du 6 juillet 2020 [OAIE pce 220]), il convient de relever que les gonalgies droites ne sont guère explicitées, de sorte qu'il y a lieu de partir du principe qu'elles se recoupent, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec les affections au genou droit qui ont fait l'objet de la première décision entrée en force de 2017. Le cas de la rupture méniscale interne, correspondant à une lésion de stade III, a déjà été examiné ci-dessus (consid. 11.2 supra), de sorte qu'il y a lieu d'y renvoyer. Au final, le rapport du Dr Ee._____ ne fait pas état d'atteintes nouvelles.

E. 11.11

S'agissant enfin des diverses consultations psychiatriques attestées, intervenues les 8 décembre 2020, 19 janvier 2021, 16 février 2021 et auprès du Dr Ff._____ et de l'ordonnance d'un traitement antidépresseur établie le 19 janvier 2021 par ce psychiatre, (OAIE pces 227, 229 et 233), il appert qu'elles ne contiennent aucun diagnostic, constat ou conclusion de ce spécialiste traitant, et ce nonobstant les nombreuses demandes de renseignements complémentaires de l'OAIE auprès de celui-ci (OAIE pces 231, 237 et 242). Dans ces circonstances, le Tribunal ne peut que suivre l'autorité inférieure, qui a rendu la décision dont est recours en prenant position en l'état du dossier. Ainsi, aucun trouble ni incapacité de travail n'a été établi sur le plan psychiatrique. Le Tribunal considère par ailleurs que l'autorité inférieure, en questionnant et en requérant, sans succès, des renseignements complémentaires auprès du Dr Ff._____, a mis en oeuvre toutes les mesures d'instruction qui s'imposaient pour déterminer l'état de santé psychique du

recourant. En outre, les éléments à sa disposition ne justifiaient en aucun cas la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique par l'administration. Il sied de rappeler que les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et qu'il appartenait au recourant de produire pendant la procédure un rapport du médecin psychiatre à même de fonder ses allégations. Or, la question déterminante posée par l'exigence d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs posés par la jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques (ATF 141 V 281, 143 V 409 et 143 V 418 ; voir aussi supra consid. 9.2) est de savoir, comme pour les autres maladies, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante, ce que les documents du Dr Ff. _____ ne permettent pas d'établir. Ainsi, en particulier, non seulement aucun diagnostic n'a été posé selon les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3), mais il n'est encore fait état d'aucune limitation fonctionnelle en lien avec des troubles psychiques. Le médecin n'a en particulier aucunement démontré qu'il ne pouvait plus être raisonnablement exigé du recourant qu'il reprenne une activité professionnelle en raison d'une atteinte psychologique. Dans le cas d'espèce, pour des raisons tenant au principe de la proportionnalité, il n'était en outre pas nécessaire de mettre en place une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281, car celle-ci n'était pas adéquate à établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.3, 143 V 418 consid. 7.1). Qui plus est, par sa non-collaboration, l'assuré a empêché l'autorité inférieure et le psychiatre traitant d'établir les faits relatifs à son état de santé psychique (cf. OAIE pce 246). En effet, les problèmes de notification ont été causés par des changements d'adresse non annoncés par le recourant. Ceux-ci ont, de surcroît, été récurrents tout au long de l'instruction de sa première et de sa nouvelle demande (cf. notamment OAIE pces 57 et 240). Or, l'OAIE avait attiré l'attention du recourant sur son devoir d'annoncer toute modification de sa situation, dont chaque changement d'adresse (cf. notamment OAIE pce 241). Il pouvait, dans ces circonstances, légitimement être attendu du recourant qu'il remédie à ces lacunes et qu'il informe systématiquement les autorités compétentes chaque fois qu'il s'apprêtait à changer d'adresse. Aussi est-il malvenu de sa part de se prévaloir, dans son recours, du fait qu'il n'ait pas pu se rendre au rendez-vous du psychiatre - ce que ce dernier a confirmé à l'OAIE (OAIE pce 246) - dans la mesure où l'invitation aurait été envoyée à une mauvaise adresse. Une telle argumentation ne saurait être suivie et le grief doit être écarté.

E. 11.12

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate, avec l'autorité inférieure, que l'état de santé du recourant n'a, sur la base des documents produits par le recourant devant l'autorité de première instance, pas connu de modification de manière à influencer ses droits entre la première décision entrée en force en 2017 et la décision dont est recours.

E. 12

Le recourant ayant fait parvenir différents documents médicaux postérieurs à la décision querellée, le Tribunal se doit d'examiner si les atteintes qui y sont mentionnées sont en lien suffisamment étroit avec l'objet du litige pour être prises en compte dans la présente procédure (voir supra consid. 4.2).

E. 12.1

Tout d'abord, de nouvelles consultations psychiatriques ont eu lieu chez le Dr Ff._____. Là encore le Tribunal relève que, si l'on apprend que le recourant a rendez-vous le 29 septembre 2021, aucun diagnostic, limitation fonctionnelle ou incapacité de travail n'y est relevé (TAF pce 7, annexe). Le fait que le recourant indique que le psychiatre aurait diagnostiqué une dépression, en lien direct avec les conséquences de la non prise en charge de son état de santé suite à son accident du 12 février 2014, et une incapacité totale de reprise d'une quelconque activité professionnelle pour une durée indéterminée, n'y change rien, puisqu'il s'agit de simples allégués de partie qui ne sont corroborées par aucune preuve de nature médicale. Le Tribunal constate qu'aucune nouvelle atteinte d'ordre psychiatrique ne peut ainsi être relevée. Le grief du recourant selon lequel son médecin aurait diagnostiqué une dépression liée à la non prise en charge de l'accident de travail est donc infondé.

E. 12.2

Sur le plan somatique, l'assuré fait valoir de nouvelles atteintes. Ainsi, le Dr Hh._____, dans son rapport du 25 août 2023, relève un rachis lombaire raide avec disparition de la lordose physiologique (TAF pce 54, annexe). Cette nouvelle atteinte, jamais relevée auparavant, n'est pas liée à la situation médicale constatée par la décision attaquée. N'étant pas étroitement liée à l'objet du litige, elle ne saurait être prise en compte par le Tribunal (voir supra consid. 4.2).

E. 12.3

La discarthrose prédominant au niveau L4-L5 avec une saillie discale globale prédominant au niveau foraminaux droit avec compression de la racine L4 droite, pouvant expliquer une éventuelle cruralgie objectivée également par le Dr Hh._____ dans son rapport du 25 août 2023 (TAF pce 54, annexe), constitue là aussi une nouvelle atteinte, jamais évoquée auparavant. Elle n'est ainsi pas liée à la situation médicale constatée par la décision attaquée. En effet, tant la discarthrose que l'éventuelle cruralgie (inflammation du nerf crural) se rapportent à un scanner de la colonne lombaire. Or, aucun indice ne permet de s'assurer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces atteintes seraient étroitement liées aux problèmes de genou droit dont souffre le recourant. En conséquence, le Tribunal ne doit pas les prendre en considération (voir supra consid. 4.2).

E. 12.4

Il en est de même de la saillie discale étagée intéressant l'ensemble du rachis lombaire sans caractère conflictuel évident diagnostiquée par le Dr Hh._____, laquelle est une nouvelle atteinte sans lien avec celles à l'origine de la décision sur recours (voir aussi supra consid. 4.2).

E. 12.5

Pour ce qui a trait à un peu d'arthrose à la hanche et un rachis lombaire dégénératif au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1 rapportés par le Dr Hh._____ le 17 août 2023, là aussi les mêmes conclusions s'imposent, pour les mêmes motifs, à savoir la nouveauté de l'atteinte par rapport à la situation médicale constatée par la décision dont est recours.

E. 12.6

Enfin, en ce qui concerne le flessum du genou droit estimé à 5-10° constaté par le Dr Ii._____ le 12 octobre 2023, le Tribunal se doit de remarquer que ce médecin fait état d'un flessum moins important que celui relevé par le Dr S._____, mais qui est désormais

estimé irréductible. S'il est lié à la pathologie déjà connue au moment où la décision attaquée a été prise, on note alors à la fois une amélioration (degré moindre) et une péjoration (désormais irréductible). Qui plus est, ce document médical ne décrit aucune limitation fonctionnelle, ni éventuelle incapacité de travail qui en découlerait. Au final, ce rapport ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante, ne remplissant clairement pas les réquisits jurisprudentiels en la matière. Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal remarque que le flessum du genou droit n'a, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas connu de modification de manière à influencer les droits du recourant. On notera au surplus que le recourant a invoqué auprès de ce médecin un seuil algique qui ne nécessite pas la prise d'antalgique.

E. 13

En conséquence, les prises de position médicales du SMR, y compris celle du 5 février 2024 (TAF pce 56, annexe), font montre d'une étude circonstanciée des points litigieux et d'une appréciation claire de la situation médicale et formulent des conclusions dûment motivées. Elles présentent un contenu pertinent, compréhensible et cohérent. Elles doivent dans ces conditions, comme l'a estimé à juste titre l'OAIE dans la décision attaquée, se voir attribuer pleine valeur probante et leurs conclusions peuvent être suivies. L'état de santé du recourant n'a ainsi pas connu de modification de manière à influencer ses droits, entre la décision entrée en force de 2017 et la décision litigieuse de 2021. Les griefs du recourant selon lesquels le SMR aurait retenu à tort qu'il n'y avait aucune preuve plausible d'une modification de son état de santé, respectivement qu'il devrait lui apporter toutes les preuves matérielles et médicales de ce qu'il avance, mal fondés, doivent dès lors être rejetés. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner, comme le requiert l'assuré, la mise en place d'une expertise médicale. Le Tribunal estime en effet être, sur la base des pièces versées au dossier, suffisamment au fait de l'évolution de l'état de santé entre les moments comparés. Ces faits présentent à ses yeux un degré de vraisemblance prépondérante, et d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves). La demande du recourant tendant à l'organisation d'une expertise médicale est, partant, rejetée.

E. 13.1

De surcroît, les griefs du recourant selon lesquels l'autorité inférieure n'aurait, à tort, pas retenu d'incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année, alors qu'il a été en incapacité de travail à 100% de février 2014 à juin 2016 concernant la décision entrée en force de 2017 et non la présente décision litigieuse. Ce point n'a ainsi pas à être revu par le Tribunal, qui rejette donc ce grief.

E. 13.2

En ce qui concerne la demande en dommages-intérêts du recourant dirigée contre l'OAIE, le Tribunal rappelle que l'art. 78 LPGA dispose que les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2). En l'occurrence, la demande en dommages-intérêts du recourant doit être déclarée irrecevable en tant qu'elle dépasse l'objet du litige, lequel, il faut le rappeler, porte sur le droit du recourant à une rente de l'AI dans un contexte de nouvelle demande (voir supra consid. 2.3 ;

arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3191/2021 du 10 mai 2023 consid. 2.3, C-5665/2016 du 1er novembre 2018 consid. 5.5). Quoi qu'il en soit, l'organe compétent pour rendre une décision sur les demandes en réparation en matière d'assurance-invalidité est l'office AI, conformément à l'art. 59a LAI, et non le TAF. Le grief est également irrecevable pour cette raison. Conformément à l'art. 8 al. 1 PA, le Tribunal transmettra une copie du recours de l'intéressé à l'autorité inférieure compétente afin que celle-ci statue sur la demande de réparation de l'intéressé au sens de l'art. 78 LPGA.

E. 13.3

Enfin, les griefs avancés par le recourant dans le cadre de sa réplique, reprochant à l'OAIE de ne s'être fondé que sur les conclusions prises par le Dr R. _____, les 21 mars et 11 mai 2016, et dont il conteste le contenu, tombent à faux. Le recourant perd en effet de vue que ces documents se rapportent à des pièces qui ont servi de base à la première décision de 2017 entrée en force, laquelle n'a pas à être revue par le Tribunal dans la présente procédure.

E. 13.4

Il s'ensuit que le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité (voir supra consid. 2.2 et 13.2) et que la décision entreprise est confirmée.

E. 14.1

Il n'est pas perçu de frais de procédure, le recourant bénéficiant de l'assistance judiciaire totale (TAF pces 11 et 24).

E. 14.2

Maître Fischer ayant été nommé avocat d'office (TAF pce 24) et restant lié par son mandat (TAF pce 46), il sied de statuer sur son indemnisation.

E. 14.2.1

Selon l'art. 65 al. 3 PA qui traite de l'assistance judiciaire, les frais et honoraires d'avocat sont supportés conformément à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. De plus, l'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) stipulent que la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. L'art. 64 al. 2 PA, auquel l'art. 65 al. 3 PA renvoie expressément, prévoit que le dispositif indique le montant des dépens alloués qui, lorsqu'ils ne peuvent pas être mis à la charge de la partie adverse déboutée, sont supportés par la collectivité ou par l'établissement autonome au nom de qui l'autorité inférieure a statué.

E. 14.2.2

Aux termes de l'art. 12 FITAF (RS 173.320.2), les art. 8 à 11 FITAF s'appliquent par analogie aux avocats commis d'office. A teneur de l'art. 8 al. 1 FITAF, l'avocat commis d'office a droit au remboursement des dépens lesquels comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie. Les frais non nécessaires ne sont pas indemnisés (art. 8 al. 2 FITAF). Selon l'art. 9 al. 1 FITAF, les frais de représentation comprennent les honoraires d'avocat (let. a), les débours, notamment les frais de photocopie de documents, les frais de déplacement, d'hébergement et de repas et les frais de port et de téléphone (let. b) et, cas échéant la TVA (let. c). Eu égard à l'art. 11 FITAF, les frais du

représentant sont remboursés sur la base des coûts effectifs. Conformément à l'art. 10 al. 1 FITAF, les honoraires d'avocat et l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée. Selon l'al. 2 de la disposition, le tarif horaire des avocats est de 200 francs au moins et de 400 francs au plus hors TVA. A l'intérieur de cette fourchette, l'autorité détermine librement le tarif horaire applicable à la lumière de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1870/2006 du 14 septembre 2007 consid. 10). En matière d'assurance sociale, l'autorité tiendra notamment compte du fait que la procédure est régie par la maxime d'office, ce qui allège le travail des avocats ; seul le travail nécessaire est dédommagé (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 8 al. 2 FITAF ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_484/2010 du 16 septembre 2010 consid. 3, 8C_723/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3.2 et 4.3).

E. 14.2.3

Eu égard à l'art. 14 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations de travail. Selon l'al. 2 de cette disposition, le tribunal fixe les dépens et l'indemnité des avocats commis d'office sur la base du décompte. Le décompte doit être détaillé et indiquer qui a passé quel temps à faire quoi pour quel tarif (André Moser/Michal Beusch/Lorenz Kneubühler/Martin Kayser, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, ch. 4.85 p. 311). L'autorité appelée à fixer les frais de l'avocat commis d'office sur la base d'un décompte ne saurait se contenter de s'y référer sans procéder à un examen, mais doit examiner dans quelle mesure les frais allégués se sont avérés indispensables à la représentation de la partie recourante (Moser/Beusch/Kneubühler/Kayser, *op. cit.*, ch. 4.86 p. 311). A défaut de décompte, le tribunal fixe les frais de l'avocat commis d'office sur la base du dossier (art. 14 al. 2 in fine FITAF).

E. 14.2.4

En l'occurrence, le recourant a été débouté de toutes ses conclusions, dans la mesure de leur recevabilité, et la décision attaquée confirmée. Les dépens seront pris en charge par la caisse du Tribunal (cf. consid. 12.2.1 ci-dessus). Maître Fischer n'a pas produit de note d'honoraires. Il convient donc de se prononcer sur la base du dossier. Le travail du représentant, intervenu en cours de procédure de recours, se monte à une lettre d'une page annonçant sa désignation par le recourant et plusieurs demandes, une lettre d'accompagnement d'une page tendant à retourner le dossier consulté, une réplique de deux pages, deux lettres de deux, respectivement une page avec annexe requérant la suspension de la procédure, une lettre annonçant qu'il ne serait plus conseil du recourant, et d'un écrit spontané d'une page avec des annexes. En conséquence, une indemnité à titre d'assistance judiciaire de Fr. 2'000.- est versée à Maître Fischer par la caisse du Tribunal (cf. consid. 12.2.4).

E. 23

novembre suivant. Il se réfère au rapport médical établi par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA ; OAIE pces 7 et 38). A.c Pour sa part, la SUVA a, par décision du 24 juin 2016, mis fin aux prestations qu'elle allouait à l'intéressé, à partir de cette date (OAIE pce 54 p. 6 s.). A.d Par communication du 19 août 2016, l'OAI a refusé d'octroyer des mesures de réadaptation à l'assuré, au motif que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées dans son cas (OAIE pce 4). A.e Avaient alors été versés au

dossier dans le cadre de cette première procédure notamment les documents médicaux suivants : - un rapport afférent à une IRM du genou droit du 13 février 2014 du Dr F._____, radiologue FMH, objectivant une rupture complète du plan superficiel du ligament latéral interne avec atteinte du ligament ménisco-fémoral du plan profond, une importante infiltration oedémato- hémorragique dans les parties molles latéro-internes du genou remon- tant vers le haut autour du muscle vaste médical, un important épan- chement intra-articulaire légèrement hémorragique réactionnel apparu après le choc direct sur le genou ainsi qu'une lésion de ménisose peu

C-3860/2021 Page 3 significative et une fissure isolée dans le cartilage rétro-patellaire externe de grade III (OAIE pce 42 p. 122) ; - un certificat médical LAA du 26 mars 2014 de la Dresse G._____, médecin assistante aux urgences, diagnostiquant une rupture du liga- ment croisé antérieur et du ligament latéral interne du genou droit. Cette médecin fixe une incapacité de travail de 100% dès le 14 fé- vrier 2014 jusqu'à une date à évaluer par un orthopédiste ou le méde- cin traitant (OAIE pce 42 p. 129 ; cf. également certificat médical d'ar- rêt de travail du 12 février 2014 [OAIE pce 42 p. 147]) ; - des rapports médicaux intermédiaires des 26 mars et 9 mai 2014 du Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, posant un diagnostic d'entorse du genou droit occasionnant une lésion du liga- ment latéral interne de grade II-III et d'épanchement intra-articulaire suite à l'accident du 12 février 2014, tout en observant dans son se- cond rapport une évolution plutôt défavorable et une tendance à la si- nistrose, alors que la reprise du travail est de 100% depuis le 14 mars 2014 (OAIE pce 42 p. 124 et 135 ; cf. également ses certifi- cats médicaux des 14 mars et 29 avril 2014, signalant que l'incapacité de travail de 100% l'est pour une durée indéterminée [OAIE pce 42 p. 126 et 138]). Dans un rapport du 11 juin 2014, ce médecin relève que l'assuré présente une entorse de grade II du ligament latéral in- terne du genou droit qui a bien évolué du point de vue biologique depuis février 2014. Il note cependant une absence d'évolution favorable et recommande d'envoyer le patient à la Clinique I._____ (ci-après : I._____) pour une rééducation intensive en vue d'une reprise de tra- vail (OAIE pce 42 p. 118) ; - un rapport du 28 juillet 2014 des Drs J._____, médecin-chef radio- logue, et K._____, médecin-assistant, décrivant une enthésopathie calcifiante de l'insertion rotulienne du tendon quadricipital du genou droit et une tuméfaction des parties molles en regard de la rotule du genou droit (OAIE pce 42 p. 77) ; - un rapport de la phase initiale du 28 juillet 2014 de la I._____, établi par le Dr L._____, chef de service, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et M. M._____, maître socio-professionnel, con- cluant qu'en atelier, l'assuré est en mesure de travailler sur des pé- riodes de trois heures consécutives, dans des activités adaptées, en position assise et debout ou alternée, évitant les ports de charge.

C-3860/2021 Page 4 L'intéressé a manifesté son souhait de reprendre son travail dès que son état de santé le permettra (OAIE pce 42 p. 91 à 98) ; - un rapport relatif à un ultrason de l'appareil locomoteur du 31 juil- let 2014 de la I._____, établi par les Dresses N._____, spécia- liste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et O._____, mé- decin-assistante, retenant une lésion du ligament collatéral interne avec persistance d'un aspect épaissi hypoéchogène et perte de l'as- pect fibrillaire témoignant d'une ancienne déchirure du ligament (OAIE pce 42 p. 90) ; - un avis de sortie du 19 août 2014 et un rapport du 28 août 2014 de la I._____, établis par la Dresse P._____, médecin-assistante, res- pectivement avec le Dr Q._____, chef de service, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique, évo- quant une

hospitalisation du 23 juillet au 19 août 2014 et posant un diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et instabilité persistante du genou droit, ainsi que des diagnostics supplémentaires de trauma du genou droit avec entorse du ligament collatéral médial en date du 12 février 2014, de syndrome rotulien, de cica-trice fibreuse du ligament collatéral interne droit et de troubles de la marche d'origine fonctionnelle. Un tabagisme était indiqué à titre de co-morbidité. Il n'est pas retenu de limitation fonctionnelle, mais une incapacité de travail dans l'activité habituelle restant à 100% du 23 juillet 2014 jusqu'à réception du dossier, faute d'accord du patient tant sur les conclusions du séjour que sur la proposition de reprise, même progressive (OAIE pces 5 et 42 p. 110 s.) ; - un rapport du 9 septembre 2014 du Dr H._____, ne constatant pas de pathologie particulière, y compris de type algodystrophie, et concluant à une capacité de travail de 50% dès le 15 septembre 2014 et de 100% dès le 15 octobre 2014 (OAIE pce 42 p. 86) ; - un rapport relatif à un examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA du 15 octobre 2014, le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel admet notamment une situation médicale non stabilisée et une incapacité de travail à 100% dans l'attente de résultats d'examens spécialisés (OAIE pce 42 p. 69 à 74) ; - un suivi des consultations du Dr S._____, chirurgien orthopédique et traumatologique, entre le 5 novembre 2014 et le 13 mai 2015, indiquant une algodystrophie en cours d'évolution avec flossum et l'envoi

C-3860/2021 Page 5 d'un courrier à la SUVA pour demander l'accord de celle-ci en lien avec une opération (OAIE pce 12) ; - un rapport médical intermédiaire du 1er décembre 2014 du Dr S._____, qui diagnostique une rupture du ligament croisé antérieur, une entorse grave du ligament collatéral médial et une algodystrophie du genou droit, tout en faisant part d'une instabilité clinique (OAIE pce 42 p. 60) ; - un rapport du 9 janvier 2015 du Dr T._____, médecin associé d'un service d'orthopédie et de traumatologie, qui retient un status à 10 mois après un traumatisme en valgus forcé sur le genou droit qui s'est soldé par une déchirure complète du complexe ligamentaire interne à son origine proximale, ainsi qu'une atteinte probable partielle du ligament croisé antérieur (OAIE pce 20 p. ss) ; - un rapport d'IRM du genou droit du 31 mars 2015 des Drs U._____, neurologue associé, et V._____, neurologue assistant, concluant à une chondropathie de grade III fémoro-patellaire et à une fissure horizontale oblique de la corne postérieure du ménisque interne (OAIE pce 20 p. 9) ; - un rapport de consultation du 21 avril 2015 établi par les Drs T._____, et W._____, médecin assistant, excluant une déchirure du ligament croisé antérieur et recommandant une évaluation par des neurologues (OAIE pce 20 p. 5 s.) ; - des certificats d'incapacité de travail totale des 11 mai et 19 novembre 2015 des Drs T._____, et X._____, médecin généraliste (OAIE pce 42 p. 5 et 31) ; - un rapport du 13 mai 2015 du Prof. Y._____, médecin adjoint au sein d'un service de neurologie, et du Dr Z._____, médecin assistant, diagnostiquant un complex regional pain syndrome (ci-après : CRPS), soupçonné au regard des douleurs persistantes présentées par l'assuré malgré une bonne récupération articulaire du genou droit (OAIE pce 20 p. 7 s.) ; - un rapport du 23 novembre 2015 du Dr T._____, indiquant une chondropathie de stade III sur l'articulation fémoro-patellaire et une petite lésion de la corne postérieure du ménisque interne, étant précisé que ces lésions ne sont probablement pas en rapport avec la

C-3860/2021 Page 6 symptomatologie douloureuse résiduelle du patient. Une évaluation de l'unité spécialisée nerfs/muscles du même établissement hospitalier a retenu le 8 mai 2015 un diagnostic de CRPS (OAIE pce 42 p. 4 ; cf. également ses rapports des 9 janvier, 11

mars et 29 mai 2015 [OAIE pce 42 p. 19, p. 40 et p. 57]) ; - un rapport d'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA du 21 mars 2016, rédigé par le Dr R. _____, qui ne s'explique pas du tout l'évolution déclarée par l'assuré et qui a l'impression que ce dernier simule. Ce médecin ne retient en l'état actuel aucune indication opératoire du genou droit et recommande de recueillir des renseignements médicaux auprès du Dr S. _____, puis de réexaminer la situation pour probablement mettre un terme aux prestations (OAIE pce 54 p. 37 à 43). A.f Le service médical régional (SMR) a, dans un avis du 5 avril 2016 du Dr Aa. _____, sans indication de la spécialisation, conclu à un assuré ayant récupéré une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle au plus tard le 19 août 2014 (OAIE pce 35). A.g Avaient ensuite été versées au dossier notamment les pièces médicales suivantes : - un rapport du 4 mai et un certificat du 12 mai 2016 du Dr S. _____, lequel retient au niveau du genou droit un flessum de plus de 20° empêchant toute reprise du travail dans l'immédiat et propose de réaliser une immobilisation par résine extension sous anesthésie générale pendant une durée de trois semaines à un mois (OAIE pces 21 et 54 p. 27) ; - un rapport du 22 juin 2016 du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr R. _____, qui relève que les troubles mentionnés par le Dr S. _____ ne sont plus en relation de causalité avec l'accident, ce dernier ayant cessé de produire ses effets le 21 mars 2016, que l'incapacité de travail n'est plus justifiée et que la proposition du Dr S. _____ n'est pas pertinente (OAIE pce 54 p. 28). A.h Consulté, le SMR a, dans un avis médical du 4 mai 2017 du Dr Bb. _____, spécialiste FMH en médecine interne, souligné qu'il s'agit d'un cas d'accident, pris en charge par la SUVA, et qu'il convient donc d'adresser à celle-ci le rapport du Dr S. _____, tout en demandant une actualisation du dossier (OAIE pce 39). Dans un rapport du SMR du

C-3860/2021 Page 7 29 mai 2017, le même médecin indique une entorse du genou droit (CIM- 10 : S83.4) comme atteinte principale à la santé, un diagnostic associé non du ressort de l'AI de suspicion de simulation, une incapacité de travail dans toute activité de 100% du 12 février 2014 au 21 mars 2016, puis de 0%, et ne pas avoir de raison de s'éloigner des conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA ayant diagnostiqué une simulation vraisemblable (OAIE pce 41). A.i Par projet de décision du 1er juin 2017, confirmé par décision du 14 juillet 2017, l'OAI a refusé de servir une rente d'invalidité à l'assuré, au motif que si celui-ci avait présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité jusqu'au 21 mars 2016, à l'écoulement du délai de six mois depuis le dépôt de la demande (23 mai 2016), mais avait retrouvé une capacité de travail entière dans l'activité habituelle (OAIE pces 11 p. 3 ss et 23). B. B.a L'OAI a, tout comme la SUVA, rencontré des difficultés à communiquer ses écrits à l'adresse indiquée en Suisse par l'intéressé, ceux-ci étant retournés par la poste avec la mention « destinataire introuvable à l'adresse indiquée », respectivement « pli non réclamé » (cf. notamment OAIE pce 57). B.b Par courrier électronique des 7, respectivement 10 avril 2018, l'assuré a demandé la réouverture de son dossier (cf. OAIE pces 58 et 157). B.c Constatant que l'intéressé était en France et n'avait plus qu'une adresse dans ce pays, l'OAI a transmis le 18 avril 2018 à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) le dossier de l'assuré, comme objet de sa compétence (OAIE pce 58). B.d Répondant à la question de savoir si la nouvelle documentation a établi de manière plausible que l'incapacité de travail de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer le droit aux prestations depuis la décision du 14 juillet 2017 (OAIE pce 59), le SMR a, dans un rapport final du 17 mai 2018 du Dr Cc. _____, médecin généraliste, conclu que tel n'était pas le cas (capacité de travail inchangée [diagnostic de status post entorse {ligament latéral interne} du genou droit le 12

février 2014 {CIM-10 : S83.4} ; OAIE pce 60).

C-3860/2021 Page 8 B.e Par projet de décision du 29 mai 2018, l'OAIE a annoncé à l'intéressé son intention de lui refuser une rente, sa nouvelle demande ne pouvant pas être examinée au motif qu'il n'était pas établi de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer le droit aux prestations (OAIE pce 61). B.f Des difficultés de communication sont à nouveau survenues, l'assuré changeant d'adresses, avec variation des compétences entre l'OAIE et l'OAI (OAIE pces 62, 64, 65, 67, 135 et 145). B.g Le 14 mai 2019, l'assuré a essentiellement demandé à consulter son dossier et informé l'OAI qu'il n'avait pas pu reprendre une quelconque activité professionnelle, étant inapte à 100% du fait d'un handicap permanent (OAIE pce 76). Il a été donné suite à cette demande les 25 et 27 juin 2019 (OAIE pces 82 et 101). B.h En date du 23 septembre 2019, l'OAI a transféré le dossier à l'OAIE pour compétence, l'intéressé ayant à nouveau quitté la Suisse (OAIE pce 158). B.i Le 1er novembre 2019, l'OAIE a considéré que compte tenu de l'important temps écoulé depuis les multiples communications impossibles, il ne pouvait plus simplement refuser la demande en application de l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), de sorte qu'une instruction complète était nécessaire (OAIE pce 161). Il a donc invité l'assuré à lui faire parvenir un certain nombre de documents (OAIE pces 162 et 163). B.j Ont alors été versés au dossier les documents suivants : - un courrier de la SUVA du 19 juin 2018 informant qu'elle ne reviendra pas sur sa décision du 24 juin 2016 entrée en force, les éléments apportés par l'assuré n'étant pas nouveaux (OAIE pce 209) ; - un rapport du 4 octobre 2018 du Dr S._____, résumant le suivi effectué jusqu'alors, signalant à ce moment une absence de consolidation avec séquelles de l'accident de travail, ce qui empêche le médecin de « réaliser une rechute », et estimant pour sa part que la situation n'a absolument pas été résolue et l'indication chirurgicale reste toujours licite. Le médecin demande à ce qu'il lui soit apporté des précisions et éventuellement, si la situation est considérée comme stable, faire réaliser une expertise (OAIE pce 164) ;

C-3860/2021 Page 9 - un rapport du 14 novembre 2019 relatif à une IRM du genou droit sans injection du Dr Dd._____, radiologue, concluant à une lésion de stade III de la corne postérieure du ménisque interne, à une chondropathie rotulienne débutante, à une morphologie normale du pivot central, du ménisque externe, des ligaments latéraux et à l'absence d'épanchement intra-articulaire majeur (OAIE pce 166) ; - une décision de la SUVA du 19 décembre 2019 refusant d'entrer en matière sur la demande de réouverture du dossier formulée par l'intéressé les 26 et 30 novembre 2019 pour aggravation de son état de santé et nécessité de subir deux opérations chirurgicales (OAIE pces 182 et 185), au motif qu'aucun fait nouveau important ne lui permettait de considérer une rechute et une aggravation de l'état de santé (OAIE pce 168). B.k Invité par l'autorité inférieure à se prononcer sur cette documentation, le SMR, dans une prise de position du 1er mai 2020 du Dr Cc._____, n'a pas retenu de diagnostic principal (CIM-10 : Z02.6), mais un diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de status post entorse du genou droit le 12 février 2014, tout en concluant à une capacité de travail inchangée de 100% dans l'activité habituelle et à une activité de substitution non médicalement exigible (OAIE pce 214). B.l Par projet de décision du 30 juin 2020, l'OAIE a refusé une rente d'invalidité à l'intéressé, au motif qu'aucune modification à la fois objective, significative et durable de l'état de santé n'a été démontrée, la capacité de travail restant de facto inchangée, soit entière pour l'activité habituelle. Dès lors, il n'y a pas invalidité au sens de la législation

suisse (OAIE pce 216). B.m L'assuré a contesté ce projet de décision en date du 16 juillet 2020, requérant subsidiairement la mise en place d'une expertise et indiquant être affecté tant sur le plan physique que psychique (OAIE pce 222). Il a fait parvenir à l'OAIE, outre des pièces figurant déjà au dossier, un rapport du 15 juillet 2020 du Dr S._____, s'étonnant de la différence de traitement entre la France et la Suisse et listant les deux options envisageables en l'espèce (pas d'intervention chirurgicale et impossibilité de reprendre l'activité habituelle, ainsi qu'aggravation de l'état de santé / intervention chirurgicale [ostéotomie de valgisation avec régularisation méniscale à mi-nima] pouvant permettre une reprise de l'activité habituelle ; OAIE pce 218) et un rapport du 6 juillet 2020 du Dr Ee._____, chirurgien, indiquant une hospitalisation ce jour et des gonalgies droites avec rupture méniscale interne sur genou varum de 7 degrés suite à l'accident

C-3860/2021 Page 10 du 12 février 2014 (jambe gauche normo axée), ainsi qu'à ce moment, une arthroscopie pour ménisectomie interne et bilan d'usure du compartiment interne du genou et par la suite ostéotomie de valgisation de 7 degré afin de prévenir la gonarthrose interne qui nécessiterait la pose d'une prothèse (OAIE pce 220). B.n Sur demande de l'OAI, l'assuré a produit des documents psychiatriques attestant qu'il s'était rendu à une consultation les 8 décembre 2020, 19 janvier et 16 février 2021 auprès du Dr Ff._____, psychiatre, et avait reçu un traitement par antidépresseur (OAIE pces 227, 229 et 233). B.o Invité à se déterminer sur les différentes pièces médicales nouvellement versées au dossier, le SMR a, dans une prise de position du 9 avril 2021 du Dr Cc._____, conclu sur le plan somatique, que le Dr S._____ n'apporte aucune information objective nouvelle et qu'il n'y a aucun changement depuis la décision du 14 juillet 2017. Sur le plan psychiatrique, il est conclu à des indications bien maigres, le seul élément étant une prescription d'antidépresseur en janvier 2021. Le SMR a alors recommandé de compléter l'instruction en sollicitant un rapport médical auprès du psychiatre traitant (OAIE pce 235). B.p L'autorité inférieure s'est à nouveau vue confrontée à des difficultés de notification, la poste ayant retourné des écrits avec la mention « destinataire inconnu à l'adresse » (OAIE pce 240). L'intéressé a alors communiqué sa nouvelle adresse (OAIE pce 243). B.q Le 16 juillet 2021, le secrétariat du Dr Ff._____ a informé l'OAIE que l'assuré n'avait pas honoré son rendez-vous du 16 juin 2021, ni repris contact avec lui en vue d'en programmer un autre (OAIE pce 246). B.r Par décision du 29 juillet 2021, l'OAIE a confirmé son projet de décision et refusé une rente à l'intéressé, ajoutant être obligé de prendre position en l'état du dossier puisque l'assuré ne s'était pas présenté à son rendez-vous chez son psychiatre traitant et qu'il était conclu que les documents transmis en procédure d'audition n'étaient pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision (OAIE pce 247). C. C.a Par acte du 28 août 2021, l'intéressé a formé recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée, et à la

C-3860/2021 Page 11 réouverture de son dossier, sous suite de frais. Il invoque en substance ne pas avoir pu se rendre au rendez-vous du psychiatre traitant dans la mesure où il n'en a pas reçu l'invitation correspondante, envoyée à une mauvaise adresse. Il reproche à l'autorité inférieure d'avoir retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année, alors qu'il a été en incapacité de travail à 100% durant deux années consécutives auprès de la SUVA, de février 2014 à juin 2016. Il conteste l'absence de preuve plausible d'une modification de son état de santé relevée par le SMR, arguant que ses problèmes de santé ne se soignent pas avec des anti-inflammatoires,

des antidouleurs et de la kinésithérapie, d'autant plus qu'un acte chirurgical a été préconisé par deux médecins (Dr S. _____ et Dr Ee. _____). Il se plaint de propos discriminatoires et « gravissimes » tenus par le juriste de la SUVA quant à la parole des médecins français par rapport à celle des médecins suisses. Il soutient que le service médical de la SUVA n'aurait pas prouvé que sa capacité de travail serait entière dans son activité habituelle, et ce dès le 21 mars 2016. Il rappelle l'avis du Dr S. _____, en particulier sur la nécessité d'effectuer une opération chirurgicale, et le fait qu'il se trouve en situation de handicap en raison d'un refus de la SUVA de la faire pratiquer. Il rejoint l'autorité inférieure sur le fait que rien n'a changé, ces lésions étant toujours d'actualité, non prises en charge et non soignées comme elles auraient dû l'être. Il fait implicitement valoir une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où le rapport du Dr Ee. _____ transmis à la SUVA n'aurait pas été mentionné par l'OAIE dans la procédure d'audition. Il craint que ce ne sera que lorsque son atteinte à la santé se sera aggravée du fait de l'absence d'opération, au point qu'une prothèse du genou sera nécessaire, qu'il y aura un nouveau diagnostic et un handicap doublement justifié. Il requiert l'organisation d'une expertise médicale par un médecin sans lien avec la SUVA pour faire la lumière sur son incapacité de travail. Il se prévaut de difficultés psychiques et soutient être laissé à son propre sort par les autorités suisses. Il réclame des dommages-intérêts pour les préjudices qu'il aurait subis depuis 2014, tout en listant ces derniers. Il requiert la réouverture de son dossier par la SUVA, ainsi que toutes les indemnités depuis 2016 et le remboursement des séances de kinésithérapie par cette institution (TAF pce 1). C.b Par décision incidente du 27 septembre 2021, le TAF a invité le recourant, dans un délai de 5 jours dès réception, à apposer sa signature originale et manuscrite ou électronique sur un exemplaire du mémoire de recours, et à le renvoyer, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2).

C-3860/2021 Page 12 C.c Le 12 octobre 2021, le recourant a régularisé son recours. Il a en outre joint une convocation du 6 août 2021 du Dr Ff. _____ pour une consultation le 29 septembre suivant, tout en précisant que ce médecin aurait diagnostiqué une dépression liée à la non prise en charge de l'accident de travail du recourant et fixé une incapacité de reprendre une quelconque activité professionnelle, et ce pour une durée indéterminée (TAF pce 7, avec annexe). C.d Par décision incidente du 21 octobre 2021, le TAF a invité le recourant à payer une avance de frais de Fr. 800.– jusqu'au 22 novembre suivant, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 8). C.e Le 4 novembre 2021 (timbre postal), le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire partielle et produit un formulaire y relatif dûment rempli et accompagné des moyens de preuve (TAF pce 10). Le Tribunal l'a admise, par décision incidente du 18 novembre 2021, et annulé la décision incidente du 21 octobre 2021 susmentionnée (TAF pce 11). C.f Par réponse du 14 janvier 2022, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle considère qu'au vu de l'ensemble de la documentation au dossier et des prises de position du SMR, il n'y a pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Selon elle, une expertise complémentaire n'est ainsi pas nécessaire. Elle ajoute qu'aucun élément nouveau n'a été apporté à l'appui du recours (TAF pce 14). C.g Par courrier du 9 février 2022 (timbre postal), le recourant a sollicité la transformation de l'assistance judiciaire de partielle à totale (TAF pce 17). C.h Par décision incidente du 17 février 2022, le Tribunal a invité le recourant à choisir, jusqu'au 21 mars suivant, le ou la représentant-e qu'il désirait mandater, faute de quoi il serait considéré comme y avoir renoncé et la demande d'assistance judiciaire totale deviendrait sans objet (TAF pce 18). C.i Par réplique du 28 février 2022 (timbre postal), le recourant a maintenu ses conclusions, rappelant la nécessité

d'avoir accès aux soins médicaux appropriés et d'être soumis à une expertise pour apporter une réponse susceptible de résoudre sa situation. Il sollicite en outre l'octroi d'un délai supplémentaire, compte tenu de sa demande d'assistance judiciaire totale pendant (TAF pce 20).

C-3860/2021 Page 13 C.j Par écrit du 24 mars 2022 (timbre postal), Maître Laurent Fischer, a informé le Tribunal avoir été consulté par le recourant et demandé à être nommé conseil d'office de ce dernier, à consulter le dossier pour

E. 24

heures, ainsi qu'à obtenir une nouvelle prolongation de délai pour répondre (TAF pce 22). Par décision incidente du 7 avril 2022, le Tribunal a admis ces demandes (TAF pce 24). C.k Par réplique du 9 mai 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il fait grief à l'autorité inférieure de ne s'être fondée que sur les conclusions – qu'il conteste – prises par le Dr R. _____, les 21 mars et 11 mai 2016, et au SMR de ne pas avoir livré sa propre appréciation. Il a relevé qu'il contestait à ce moment également les décisions de la SUVA, reprises selon lui servilement par l'OAIE, devant la Cour des assurances sociales du canton Gg. _____, tout en précisant qu'il pourrait être opportun de suspendre la présente procédure d'ici au jugement cantonal. Il affirme enfin que les conclusions prises par le Dr R. _____ manqueraient de pertinence et contrediraient les constatations du Dr S. _____ du 4 mai 2016, de sorte qu'elles ne sauraient servir de fondement pour juger de l'évolution ou la non-évolution de sa pathologie. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en place d'une expertise aux fins de l'établissement du fait que ses troubles sont toujours la conséquence de son accident professionnel, qu'ils n'ont jamais cessé et que les constatations effectuées le 21 mars 2016 par le Dr R. _____ sont erronées (TAF pce 28). C.l Sur requête formelle du 3 juin 2022 du recourant (TAF pce 30), le Tribunal a, avec l'accord de l'OAIE (TAF pces 32 et 40), suspendu la procédure à deux reprises (décision incidente du 4 juillet 2022 [TAF pce 33] et décision incidente du 13 février 2023 [TAF pce 41]). Par décision incidente du 21 septembre 2023 et ordonnance du 12 octobre 2023, la suspension de la procédure a été levée par le TAF (TAF pces 49 et 51). C.m Par duplique du 6 novembre 2023, l'OAIE a réitéré ses conclusions, indiquant qu'aucun élément ne lui permettait de modifier son préavis du 14 janvier 2022 et que son service médical avait pu se prononcer sur la capacité de travail du recourant, une expertise complémentaire n'étant de ce fait pas nécessaire (TAF pce 52). C.n Par ordonnance du 9 novembre 2023, le Tribunal a porté cette écriture à la connaissance du recourant (TAF pce 53). C.o Par écrit spontané du 17 janvier 2024, le recourant a transmis des documents médicaux pour de nouvelles problématiques liées à la lésion

C-3860/2021 Page 14 complexe du ménisque interne et la rupture des ligaments et en particulier de leur non prise en charge, à savoir un rapport du 25 août 2023 relatif à un scanner de la colonne lombaire du Dr Hh. _____, radiologue, objectivant un rachis lombaire raide avec disparition de la lordose physiologique, une discarthrose prédominant au niveau L4-L5 avec une saillie discale globale prédominant au niveau foraminal droit avec compression de la racine L4 droite pouvant expliquer une éventuelle cruralgie et une saillie discale étagée intéressant l'ensemble du rachis lombaire sans caractère conflictuel évident ; un rapport du 17 août 2023 du Dr Hh. _____, qui relève pour l'essentiel que les radiographies de la hanche droite montrent un peu d'arthrose et un rachis lombaire dégénératif au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1 ; un rapport du 12 octobre 2023 du Dr Li. _____, constatant d'emblée un flexum de genou droit estimé à 5-10° environ,

irréductible, une absence d'aspect inflammatoire, d'épanchement, d'instabilité, une mobilisation de la hanche correcte sans déclenchement de douleurs, une absence d'anomalie lombaire, la possibilité d'une composante liée au dos (douleurs référées liées à l'arthrose lombaire) et une topographie de la douleur ne correspondant pas à une irritation de la racine L4, tout en recommandant de continuer la prise en charge chirurgicale comme prévu (TAF pce 54). C.p Par observations complémentaires du 8 février 2024, l'OAIE a, sur la base de la prise de position médicale du SMR du 5 février précédent, maintenu ses conclusions. Dans dite prise de position, le Dr Cc. _____ conclut à l'absence de modification objective de l'état de santé depuis la dernière prise de position du 9 avril 2021, ses appréciations précédentes sur la capacité de travail ne subissant de facto aucun changement (TAF pce 56). C.q Par ordonnance du 15 février 2024, le Tribunal a transmis cette écriture au recourant et invité celui-ci à déposer des observations éventuelles jusqu'au 18 mars 2024 (TAF pce 57). Le recourant n'a pas réagi dans le délai imparti. C.r Le 30 septembre 2024, l'OAIE a transmis au Tribunal un courriel reçu du recourant le 28 septembre précédent, pour suite utile. Dans dit courriel, le recourant se plaint, en substance, d'une absence de changement suite à son accident de 2014, de ne pas être pris en charge médicalement en Suisse et en France, et d'être victime d'un déni de justice de la part de la SUVA, de l'OAIE et de la justice suisse. Il avertit qu'il intente une action auprès de la Cour internationale de justice pour atteinte à l'intégrité physique (TAF pce 59).

C-3860/2021 Page 15 C.s Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront exposés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit ci-après. Droit : 1. 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 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et régularisé dans le délai imparti (TAF pces 2 et 7), le recours est recevable. 2. 2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision, plus particulièrement son dispositif, délimite l'objet de la contestation (« Anfechtungsgegenstand ») qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (ATF 144 II 359 consid. 4.3, 134 V 418 consid. 5.2). En vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne peut en effet statuer que sur les prétentions ou les rapports juridiques sur lesquels l'autorité inférieure s'est déjà prononcée ou aurait dû le faire, sous la forme d'une décision (ATF 134 V 418 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_612/2007 du 7 avril 2008 consid. 4.1). Le tribunal n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359, 134 V 418 consid. 5.2.1). 2.2 Les conclusions et les griefs du recourant se rapportant aux agissements de la SUVA – demande de réouverture du dossier également par cette entité, propos discriminatoires et « gravissimes » tenus par un de ses juristes envers la parole des médecins français par rapport à celle des médecins suisses, fait que son service médical n'ait pas prouvé que la capacité de travail du recourant serait entière dans son activité habituelle dès le 21 mars 2016, état de santé en lien direct avec l'accident de travail,

situation de handicap provoqué par cet organe en refusant de prendre en

C-3860/2021 Page 16 charge une opération chirurgicale nécessaire, rapports mensongers, dommages-intérêts qu'elle devrait, remboursement des séances de kinésithérapie par ses services, non-respect de sa charte, frais de procédure devant être mis à sa charge – excédent, partant, l'objet de la contestation et sont donc irrecevables. 2.3 Est litigieux le droit du recourant à une rente de l'AI dans un contexte de nouvelle demande. 3. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c). 4. 4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 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). 4.1.1 L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP,

C-3860/2021 Page 17 RS 0.142.112.681), avec ses annexes et règlements (en particulier : règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du

E. 29

juillet 2021). 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). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours

C-3860/2021 Page 18 (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). 5. Le recourant fait implicitement valoir dans son mémoire de recours une violation de son droit d'être entendu. Il reproche en effet à l'autorité inférieure de ne pas avoir mentionné au cours de la procédure d'audition, le rapport du Dr Ee. _____ [recte :

Ee. _____], alors que celui-ci aurait été transmis à la SUVA et à l'OAI. 5.1 De nature formelle, et qu'il convient ainsi d'examiner en premier lieu (ATF 138 I 232 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2016 du

E. 30

janvier 2017 consid. 4.1), le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3e éd. 2013, n° 1358 ; JACQUES DUBEY/JEAN-BAPTISTE ZUFFEREY, Droit administratif général, 2014, n° 1982 ss ; cf. également ATF 134 V 97, 135 I 279 consid. 2.6.1). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3). 5.2 Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (ATF 137 IV 33 consid. 9.2, 136 I 265 consid. 3.2 et les références ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, 133 III 439 consid. 3.3). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83

C-3860/2021 Page 19 consid. 4.1, 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a ainsi violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1, 135 V 65 consid. 2.6 et les références ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). 5.3 Or, force est de constater que la décision litigieuse lorsqu'elle énumère les documents reçus en procédure d'audition, cite une chronologie d'observation concernant l'hospitalisation du 6 juillet 2020 du Centre hospitalier Jj. _____. Si elle ne précise que cette chronologie a été éditée par le Dr Ee. _____, l'autorité inférieure en a, quoi qu'en dise le recourant, tenu compte lors de l'élaboration de sa décision. Au surplus, conformément à la jurisprudence susmentionnée, l'autorité n'avait pas à discuter tous les moyens de preuve déposés, mais seulement ceux qui lui paraissaient pertinents (voir supra consid. 5.2 in fine). Or, la « chronologie d'observation » qui ne fait que mentionner des gonalgies droites suite à l'accident du 12 février 2014 et l'arthroscopie par méniscectomie pratiquée par la suite, diagnostics déjà connus, ne pouvait être considérée comme pertinente dans le cadre de la procédure examinée par l'OAIE, étant au demeurant dépourvu de toute valeur probante (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1). Dès lors, aucun défaut de motivation ne peut être reproché à

l'autorité inférieure. 6. En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir supra let. A.a) et remplit donc la condition de la durée mini- male de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI. 7. 7.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché

C-3860/2021 Page 20 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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, 2e phrase LPGA). 7.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas 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). 7.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortis- sante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). Il est par ailleurs rappelé que les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent pas in casu (voir supra consid. 4.1.2). 8. 8.1 Dans le cadre de la présente procédure, l'autorité inférieure avait à ju- ger d'une nouvelle demande de prestations de l'AI du recourant. 8.2 L'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état de fait jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle

C-3860/2021 Page 21 demande de prestations ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (art. 87 al. 3 RAI en rapport avec l'art. 87 al. 2 RAI). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appré- ciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4, 130 V 343 consid. 3.5, 130 V 71 consid. 3.2.3, 125 V 368

consid. 2 et les références). En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 98 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). 8.3 In casu, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande d'avril 2018, compte tenu du temps qui s'était écoulé dans l'intervalle en raison des difficultés de notification. Cela équivaut à une reconnaissance de sa part du fait qu'une modification de l'invalidité de manière à influencer les droits ait été rendue plausible (art 87 al. 2 et 3 RAI). Ce point n'a pas à être examiné par le juge (ATF 109 V 262 consid. 3, 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). 8.4 Aussi appartient-il au Tribunal d'examiner en l'espèce, en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée sur le droit du recourant à une rente (ici : la décision du 14 juillet 2017 [OAIE pce 11 p. 3 ss]), si celui-ci remplissait désormais les conditions d'octroi d'une rente (art. 28 et 29 al. 1 LAI), au moment de la décision contestée du 29 juillet 2021 (OAIE pce 247). Le Tribunal se doit de rappeler auparavant qu'au moyen de la décision du 14 juillet 2017, l'autorité inférieure avait rejeté la première demande déposée par l'assuré en 2015, au motif qu'« à l'écoulement du délai de six mois depuis le dépôt de la demande (23 mai 2016) », une capacité de travail entière avait été retrouvée dans l'activité habituelle (OAIE pce 11 p. 3 ss).

C-3860/2021 Page 22 9. 9.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références). 9.1.1 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). 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, 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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1). 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 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2, 9C_661/2019 du 26 mai 2020 consid. 4.1 et 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport

de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indices suffisants plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee.). De plus, la condition de formation spécialisée nécessaire

C-3860/2021 Page 23 et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation sus-mentionnée vaut également pour les médecins du SMR (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_324/2022 du 7 février 2023 consid. 7.2 et 9C_661/2019 du 26 mai 2020 consid. 4.1), dont les prises de position doivent être appréciées comme des rapports de médecins liées à l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss). Toutefois, selon la jurisprudence, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3 et les références, et 9C_480/2023 du 16 octobre 2023). 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 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_615/2020 du 15 juin 2021 consid. 3.2). Il est rappelé que les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss, 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4). 9.2 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

C-3860/2021 Page 24 9.3 Pour mémoire, dans l'approche qu'il a développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (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 Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 9.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du

C-3860/2021 Page 25 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). 10. 10.1 Il ressort du dossier que le recourant souffre principalement de lombalgies, d'affections au dos et au sacrum, une évaluation psychiatrique par un médecin ayant encore été requise par l'autorité. Pour fonder sa décision, l'OAIE se rapporte essentiellement à l'avis exprimé par le SMR dans les prises de position médicale des 1er mai 2020 (OAIE pce 214) et 9 avril 2021 (OAIE pce 235) du Dr Cc._____. 10.2 D'emblée, il convient de constater que le médecin du SMR est un médecin généraliste, et non un spécialiste en orthopédie, ce qui prévaudrait pour les problèmes du genou droit représentant la principale atteinte du recourant, en particulier jusqu'à la nouvelle demande. Toujours est-il que le recourant a produit un nombre relativement faible de pièces médicales nouvelles dans le cadre de sa nouvelle demande et dont le contenu ne nécessitait pas forcément, à la lumière des pièces versées au dossier lors de la première demande, l'analyse par un médecin spécialisé en orthopédie. En effet, le simple fait que le Dr Cc._____ soit un médecin généraliste ne démontre nullement que ce praticien n'était pas apte à se prononcer sur dites pièces médicales nouvelles, étant rappelé que selon la jurisprudence, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C_233/2024 du 27 juin 2024 consid. 5.3, 9C_480/2023 du 16 octobre 2023, 9C_76/2014 du 8 avril 2014 consid. 5 et 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; voir supra consid. 9.1.1). Qui plus est, et même s'ils étaient anciens, l'autorité inférieure avait à disposition, au moment de rendre ses décisions, des rapports fournis par l'assuré-accidenté du recourant dans le cadre de la première demande, dont notamment des évaluations du médecin d'arrondissement de celui-ci, le Dr R._____, soit un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (cf. notamment rapports du 22 juin 2016 [OAIE pce 54 p. 28] et du 21 mars 2016 [OAIE pce 54 p. 37 à 43]). Ce médecin d'arrondissement avait effectué un examen complet sur la personne au niveau du genou droit et formulé ses conclusions, tout en tenant compte des plaintes de l'assuré. Ses rapports échappent d'ailleurs au contrôle du juge, la première décision de 2017 ayant acquis force de chose décidée (voir supra consid. 8.2). Pour ce qui a trait aux pathologies au niveau du dos et du sacrum, ainsi qu'aux éventuels

troubles psychiques, le fait que le médecin du SMR ne soit ni ortho- pédiste ou rhumatologue, ni psychiatre ne se révèle, compte tenu de la

C-3860/2021 Page 26 jurisprudence précitée et des circonstances particulières du cas d'espèce, pas être problématique, comme il sera vu ci-après (voir infra consid. 11.7). Force est ainsi de constater que la spécialisation du médecin du SMR suffisait dans le cas particulier du recourant. 10.3 S'agissant des autres exigences jurisprudentielles de nature formelle, celles-ci s'avèrent être respectées par les rapports du SMR susmentionnés. En effet, le Dr Cc._____ les a établis en pleine connaissance de l'anamnèse et des documents médicaux nouvellement versés au dossier, qu'il liste. 10.4 En ce qui concerne les conclusions du SMR, il y a lieu de constater que l'atteinte principale retenue dans le cas du recourant en 2017, moment de la première décision entrée en force, était une entorse du genou droit (CIM-10 : S83.4), associée à une suspicion de simulation. Pour la situation en 2021, moment de la décision litigieuse, le SMR, sur la base des documents produits par le recourant dans le cadre de sa nouvelle demande, n'a relevé en 2020 plus aucun diagnostic principal (CIM-10 : Z02.6), mais a retenu un diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de status post entorse du genou droit le 12 février 2014 (OAIE pce 214) ; il a alors conclu à une absence de changement sur le plan somatique (OAIE pce 235). Le SMR n'a en outre pas constaté de diagnostic de nature psychiatrique, mais a proposé de compléter l'instruction sur ce point en sollicitant un rapport médical auprès du psychiatre traitant du recourant (OAIE pce 235). Le recourant ne s'étant ni rendu au rendez-vous fixé par le psychiatre ni pris contact avec le secrétariat de ce dernier pour fixer une nouvelle date de consultation, un tel rapport n'a pu être émis (cf. OAIE pce 246). L'OAIE a alors rendu la décision dont est recours (OAIE pce 247). 11. Il appartient dès lors, au Tribunal dans un premier temps, d'examiner si c'est à juste titre que l'autorité inférieure, se basant sur la position du SMR, a considéré que la situation médicale n'a pas connu de modification notable entre le moment de la première décision entrée en force de 2017 et celui de la décision entreprise. Pour ce faire, il s'agit d'analyser la nouvelle documentation médicale fournie par le recourant pour justifier sa nouvelle demande. Le Tribunal portera ensuite son examen sur les pièces déposées lors de la présente procédure de recours (voir infra consid. 12). 11.1 Il en ressort que le recourant présente une absence de consolidation avec séquelles de l'accident de travail, ce qui empêche le médecin traitant,

C-3860/2021 Page 27 le Dr S._____, de « réaliser une rechute » et une indication chirurgicale est toujours valable. Quoiqu'en dise le recourant, cet avis du Dr S._____ n'est pas nouveau, mais avait déjà été émis avant la première décision entrée en force et pleinement pris en considération par le SMR (cf. par exemple le rapport médical intermédiaire du 1er décembre 2014 [OAIE pce 42 p. 60], dans lequel le Dr S._____ indique notamment une « [i]nstabilité clinique (en l'absence de chirurgie) »). Elle ne saurait dès lors fonder une nouvelle atteinte. 11.2 Qui plus est, un document médical (rapport d'IRM du genou droit sans injection du 14 novembre 2019 du Dr Dd._____ [OAIE pce 166]) relève chez le recourant une lésion de stade III de la corne postérieure du ménisque interne. Le Dr Ee._____ fait aussi mention d'une rupture méniscale interne sur un genou en varum de 7 degrés suite à un accident du 12 février 2014 (chronologie d'observation du 6 juillet 2020 [OAIE pce 220]). Or, s'il s'agit dans les deux cas d'une déchirure du ménisque, il sied de remarquer qu'une fissure oblique de ladite corne avait déjà été signalée par des radiologues avant la première décision entrée en force en 2017 (cf. rapport d'IRM du genou droit du 31 mars 2015 des Drs U._____ et V._____ [OAIE

pce 20 p. 9], lesquels ont fait état d'un aspect inchangé de cette fissure). Ces médecins n'ont pas précisé le degré de gravité de cette lésion. Un autre médecin, le Dr T._____, relève qu'il s'agirait d'une petite lésion (rapport du 23 novembre 2015 [OAIE pce 42 p. 4]). Par ailleurs, le Dr S._____ avait déjà relevé une lésion de la corne postérieure du ménisque interne complexe et douloureuse le 4 mai 2015 (OAIE pce 12). Dans son rapport du 15 juillet 2020 (OAIE pce 218), ce même médecin fait encore référence à une lésion méniscale symptomatique, mais cette dernière avait été constatée par celui-ci en 2016 déjà (OAIE pce 21). Au demeurant, le Dr Ee._____ (chronologie d'observation du 6 juillet 2020 [OAIE pce 220]) indique que cette affection a été traitée, une arthroscopie par ménisectomie interne et bilan d'usure du compartiment interne du genou ayant été effectuée. 11.3 Pour ce qui a trait à la chondropathie rotulienne débutante objectivée par le Dr Dd._____ (rapport d'IRM du genou droit sans injection du 14 novembre 2019 [OAIE pce 166]), force est d'admettre que cette pathologie est connue depuis longtemps, soit avant que la première décision entrée en force de 2017 ait été rendue (cf. rapport d'IRM du genou droit du

E. 31

mars 2015 des Drs U._____ et V._____ [OAIE pce 20 p. 9] et rapport du 23 novembre 2015 du T._____ [OAIE pce 42 p. 4]).

C-3860/2021 Page 28 11.4 Le Dr Dd._____ (OAIE pce 166) évoque encore une absence d'épanchement intra-articulaire majeur. Cela confirme l'évolution décrite plus tôt, soit avant la date de la première décision entrée en force de 2017, par le Dr H._____ (rapport médical intermédiaire du 9 mai 2014 [OAIE pce 42 p. 124]). 11.5 En ce qui concerne le status post entorse du genou droit le 12 février 2014, il s'agit du diagnostic retenu par le SMR lui-même (Dr Cc._____), lequel souligne que dit diagnostic n'a pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant et qu'il n'y a pas de nouveaux diagnostics à relever dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant (OAIE pce 214). 11.6 S'agissant du flessum de 20°, mais alors réductible et en partie lié à une contracture des muscles ischio-jambiers diagnostiqué par le Dr S._____ (rapport du 15 juillet 2020 [OAIE pce 218]), le Tribunal re-marque que ce diagnostic a été posé à plusieurs reprises par ce médecin avant la première décision entrée en force de 2017 (OAIE pces 12 et 21), et n'apporte, quoi qu'en pense le recourant, pas de constat nouveau. 11.7 En relevant un genou douloureux, le Dr S._____ (rapport du 15 juillet 2020 [OAIE pce 218]) émet un diagnostic trop peu précis pour être éventuellement distingué des autres posés avant la première décision entrée en force de 2017. 11.8 Ce même médecin mentionne encore un antécédent d'algoneurodystrophie (OAIE pce 218). Or, avant que la première décision entrée en force de 2017 ne soit rendue, certains médecins avaient en effet retenu une algoneurodystrophie (suivi des consultations entre le 5 novembre 2014 et le 13 mai 2015 [OAIE pce 12] et rapport du 1er décembre 2014 du Dr S._____ [OAIE pce 42 p. 60] ; rapport du 23 novembre 2015 du Dr T._____ qui cite une évaluation d'une unité spécialisée du 8 mai précédent [OAIE pce 42 p. 4]) ou un soupçon (rapport du 13 mai 2015 du Prof. Y._____ et du Dr Z._____ [OAIE pce 20 p. 7 s.]), mais cela avait été écarté par un autre médecin, le Dr H._____ (rapport 9 septembre 2014 [OAIE pce 42 p. 86]) le SMR en motivant cette conclusion (OAIE pce 41). En conséquence, il ne s'agit en aucun cas d'une nouvelle atteinte. 11.9 L'indication chirurgicale (ostéotomie de valgisation avec régularisation méniscale à minima) mentionnée par les Drs S._____ et Ee._____ (OAIE pces 218 et 220), avait déjà été recommandée par le Dr S._____

C-3860/2021 Page 29 lors de la première demande (rapport du 4 mai 2016 [OAIE pce 21]) ayant conduit à la décision entrée en force en 2017 et écartée par le SMR (OAIE pce 41). Elle ne constitue dès lors pas un élément nouveau. 11.10 En ce qui concerne les gonalgies droites avec rupture méniscale interne sur un genou varum de 7 degrés suite à l'accident du 12 février 2014 (jambe gauche normo axée) évoquées par le Dr Ee._____ (rapport du 6 juillet 2020 [OAIE pce 220]), il convient de relever que les gonalgies droites ne sont guère explicitées, de sorte qu'il y a lieu de partir du principe qu'elles se recoupent, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec les affections au genou droit qui ont fait l'objet de la première décision entrée en force de 2017. Le cas de la rupture méniscale interne, correspondant à une lésion de stade III, a déjà été examiné ci-dessus (consid. 11.2 supra), de sorte qu'il y a lieu d'y renvoyer. Au final, le rapport du Dr Ee._____ ne fait pas état d'atteintes nouvelles. 11.11 S'agissant enfin des diverses consultations psychiatriques attestées, intervenues les 8 décembre 2020, 19 janvier 2021, 16 février 2021 et auprès du Dr Ff._____ et de l'ordonnance d'un traitement antidépresseur établie le 19 janvier 2021 par ce psychiatre, (OAIE pces 227, 229 et 233), il appert qu'elles ne contiennent aucun diagnostic, constat ou conclusion de ce spécialiste traitant, et ce nonobstant les nombreuses demandes de renseignements complémentaires de l'OAIE auprès de celui-ci (OAIE pces 231, 237 et 242). Dans ces circonstances, le Tribunal ne peut que suivre l'autorité inférieure, qui a rendu la décision dont est recours en prenant position en l'état du dossier. Ainsi, aucun trouble ni incapacité de travail n'a été établi sur le plan psychiatrique. Le Tribunal considère par ailleurs que l'autorité inférieure, en questionnant et en requérant, sans succès, des renseignements complémentaires auprès du Dr Ff._____, a mis en œuvre toutes les mesures d'instruction qui s'imposaient pour déterminer l'état de santé psychique du recourant. En outre, les éléments à sa disposition ne justifiaient en aucun cas la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par l'administration. Il sied de rappeler que les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et qu'il appartenait au recourant de produire pendant la procédure un rapport du médecin psychiatre à même de fonder ses allégations. Or, la question déterminante posée par l'exigence d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs posés par la jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques (ATF 141 V 281, 143 V 409 et 143 V 418 ; voir aussi supra consid. 9.2) est de savoir, comme pour les autres maladies, si la personne concernée peut

C-3860/2021 Page 30 objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante, ce que les documents du Dr Ff._____ ne permettent pas d'établir. Ainsi, en particulier, non seulement aucun diagnostic n'a été posé selon les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3), mais il n'est encore fait état d'aucune limitation fonctionnelle en lien avec des troubles psychiques. Le médecin n'a en particulier aucunement démontré qu'il ne pouvait plus être raisonnablement exigé du recourant qu'il reprenne une activité professionnelle en raison d'une atteinte psychologique. Dans le cas d'espèce, pour des raisons tenant au principe de la proportionnalité, il n'était en outre pas nécessaire de mettre en place une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281, car celle-ci n'était pas adéquate à établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.3, 143 V 418 consid. 7.1). Qui plus est, par sa non-collaboration, l'assuré a empêché l'autorité inférieure et le psychiatre traitant d'établir les faits relatifs à son état de santé psychique (cf. OAIE pce 246). En effet, les problèmes de notification ont été causés par des changements d'adresse non annoncés par le

recourant. Ceux-ci ont, de surcroît, été récurrents tout au long de l'instruction de sa première et de sa nouvelle demande (cf. notamment OAIE pces 57 et 240). Or, l'OAIE avait attiré l'attention du recourant sur son devoir d'annoncer toute modification de sa situation, dont chaque changement d'adresse (cf. notamment OAIE pce 241). Il pouvait, dans ces circonstances, légitimement être attendu du recourant qu'il remédie à ces lacunes et qu'il informe systématiquement les autorités compétentes chaque fois qu'il s'apprêtait à changer d'adresse. Aussi est-il malvenu de sa part de se prévaloir, dans son recours, du fait qu'il n'ait pas pu se rendre au rendez-vous du psychiatre – ce que ce dernier a confirmé à l'OAIE (OAIE pce 246) – dans la mesure où l'invitation aurait été envoyée à une mauvaise adresse. Une telle argumentation ne saurait être suivie et le grief doit être écarté. 11.12 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate, avec l'autorité inférieure, que l'état de santé du recourant n'a, sur la base des documents produits par le recourant devant l'autorité de première instance, pas connu de modification de manière à influencer ses droits entre la première décision entrée en force en 2017 et la décision dont est recours. 12. Le recourant ayant fait parvenir différents documents médicaux postérieurs à la décision querellée, le Tribunal se doit d'examiner si les atteintes qui y sont mentionnées sont en lien suffisamment étroit avec l'objet du litige pour être prises en compte dans la présente procédure (voir supra consid. 4.2).

C-3860/2021 Page 31 12.1 Tout d'abord, de nouvelles consultations psychiatriques ont eu lieu chez le Dr Ff._____. Là encore le Tribunal relève que, si l'on apprend que le recourant a rendez-vous le 29 septembre 2021, aucun diagnostic, limitation fonctionnelle ou incapacité de travail n'y est relevé (TAF pce 7, annexe). Le fait que le recourant indique que le psychiatre aurait diagnostiqué une dépression, en lien direct avec les conséquences de la non prise en charge de son état de santé suite à son accident du 12 février 2014, et une incapacité totale de reprise d'une quelconque activité professionnelle pour une durée indéterminée, n'y change rien, puisqu'il s'agit de simples allégués de partie qui ne sont corroborés par aucune preuve de nature médicale. Le Tribunal constate qu'aucune nouvelle atteinte d'ordre psychiatrique ne peut ainsi être relevée. Le grief du recourant selon lequel son médecin aurait diagnostiqué une dépression liée à la non prise en charge de l'accident de travail est donc infondé. 12.2 Sur le plan somatique, l'assuré fait valoir de nouvelles atteintes. Ainsi, le Dr Hh._____, dans son rapport du 25 août 2023, relève un rachis lombaire raide avec disparition de la lordose physiologique (TAF pce 54, annexe). Cette nouvelle atteinte, jamais relevée auparavant, n'est pas liée à la situation médicale constatée par la décision attaquée. N'étant pas étroitement liée à l'objet du litige, elle ne saurait être prise en compte par le Tribunal (voir supra consid. 4.2). 12.3 La discarthrose prédominant au niveau L4-L5 avec une saillie discale globale prédominant au niveau foraminal droit avec compression de la racine L4 droite, pouvant expliquer une éventuelle cruralgie objectivée également par le Dr Hh._____ dans son rapport du 25 août 2023 (TAF pce 54, annexe), constitue là aussi une nouvelle atteinte, jamais évoquée auparavant. Elle n'est ainsi pas liée à la situation médicale constatée par la décision attaquée. En effet, tant la discarthrose que l'éventuelle cruralgie (inflammation du nerf crural) se rapportent à un scanner de la colonne lombaire. Or, aucun indice ne permet de s'assurer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces atteintes seraient étroitement liées aux problèmes de genou droit dont souffre le recourant. En conséquence, le Tribunal ne doit pas les prendre en considération (voir supra consid. 4.2). 12.4 Il en est de même de la saillie discale étagée intéressant l'ensemble du rachis lombaire sans caractère conflictuel évident diagnostiquée par le Dr Hh._____, laquelle est une nouvelle atteinte sans lien avec celles à l'origine de

la décision sur recours (voir aussi supra consid. 4.2).

C-3860/2021 Page 32 12.5 Pour ce qui a trait à un peu d'arthrose à la hanche et un rachis lombaire dégénératif au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1 rapportés par le Dr Hh. _____ le 17 août 2023, là aussi les mêmes conclusions s'imposent, pour les mêmes motifs, à savoir la nouveauté de l'atteinte par rapport à la situation médicale constatée par la décision dont est recours. 12.6 Enfin, en ce qui concerne le flessum du genou droit estimé à 5-10° constaté par le Dr Ii. _____ le 12 octobre 2023, le Tribunal se doit de remarquer que ce médecin fait état d'un flessum moins important que celui relevé par le Dr S. _____, mais qui est désormais estimé irréductible. S'il est lié à la pathologie déjà connue au moment où la décision attaquée a été prise, on note alors à la fois une amélioration (degré moindre) et une péjoration (désormais irréductible). Qui plus est, ce document médical ne décrit aucune limitation fonctionnelle, ni éventuelle incapacité de travail qui en découlerait. Au final, ce rapport ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante, ne remplissant clairement pas les réquisits juridiques en la matière. Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal remarque que le flessum du genou droit n'a, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas connu de modification de manière à influencer les droits du recourant. On notera au surplus que le recourant a invoqué auprès de ce médecin un seuil algique qui ne nécessite pas la prise d'antalgique. 13. En conséquence, les prises de position médicales du SMR, y compris celle du 5 février 2024 (TAF pce 56, annexe), font montre d'une étude circonscrite des points litigieux et d'une appréciation claire de la situation médicale et forment des conclusions dûment motivées. Elles présentent un contenu pertinent, compréhensible et cohérent. Elles doivent dans ces conditions, comme l'a estimé à juste titre l'OAIE dans la décision attaquée, se voir attribuer pleine valeur probante et leurs conclusions peuvent être suivies. L'état de santé du recourant n'a ainsi pas connu de modification de manière à influencer ses droits, entre la décision entrée en force de 2017 et la décision litigieuse de 2021. Les griefs du recourant selon lesquels le SMR aurait retenu à tort qu'il n'y avait aucune preuve plausible d'une modification de son état de santé, respectivement qu'il devrait lui apporter toutes les preuves matérielles et médicales de ce qu'il avance, mal fondés, doivent dès lors être rejetés. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner, comme le requiert l'assuré, la mise en place d'une expertise médicale. Le Tribunal estime en effet être, sur la base des pièces versées au dossier, suffisamment au fait de

C-3860/2021 Page 33 l'évolution de l'état de santé entre les moments comparés. Ces faits présentent à ses yeux un degré de vraisemblance prépondérante, et d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves). La demande du recourant tendant à l'organisation d'une expertise médicale est, partant, rejetée. 13.1 De surcroît, les griefs du recourant selon lesquels l'autorité inférieure n'aurait, à tort, pas retenu d'incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année, alors qu'il a été en incapacité de travail à 100% de février 2014 à juin 2016 concernent la décision entrée en force de 2017 et non la présente décision litigieuse. Ce point n'a ainsi pas à être revu par le Tribunal, qui rejette donc ce grief. 13.2 En ce qui concerne la demande en dommages-intérêts du recourant dirigée contre l'OAIE, le Tribunal rappelle que l'art. 78 LPGa dispose que les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision

sur les demandes en réparation (al. 2). En l'occurrence, la demande en dommages-intérêts du recourant doit être déclarée irrecevable en tant qu'elle dépasse l'objet du litige, lequel, il faut le rappeler, porte sur le droit du recourant à une rente de l'AI dans un contexte de nouvelle demande (voir supra consid. 2.3 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3191/2021 du 10 mai 2023 consid. 2.3, C-5665/2016 du 1er novembre 2018 consid. 5.5). Quoiqu'il en soit, l'organe compétent pour rendre une décision sur les demandes en réparation en matière d'assurance-invalidité est l'office AI, conformément à l'art. 59a LAI, et non le TAF. Le grief est également irrecevable pour cette raison. Conformément à l'art. 8 al. 1 PA, le Tribunal transmettra une copie du recours de l'intéressé à l'autorité inférieure compétente afin que celle-ci statue sur la demande de réparation de l'intéressé au sens de l'art. 78 LPG. 13.3 Enfin, les griefs avancés par le recourant dans le cadre de sa réplique, reprochant à l'OAIE de ne s'être fondé que sur les conclusions prises par le Dr R. _____, les 21 mars et 11 mai 2016, et dont il conteste le contenu, tombent à faux. Le recourant perd en effet de vue que ces documents se rapportent à des pièces qui ont servi de base à la première décision

C-3860/2021 Page 34 de 2017 entrée en force, laquelle n'a pas à être revue par le Tribunal dans la présente procédure. 13.4 Il s'ensuit que le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité (voir supra consid. 2.2 et 13.2) et que la décision entreprise est confirmée. 14. 14.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure, le recourant bénéficiant de l'assistance judiciaire totale (TAF pces 11 et 24). 14.2 Maître Fischer ayant été nommé avocat d'office (TAF pce 24) et restant lié par son mandat (TAF pce 46), il sied de statuer sur son indemnisation. 14.2.1 Selon l'art. 65 al. 3 PA qui traite de l'assistance judiciaire, les frais et honoraires d'avocat sont supportés conformément à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. De plus, l'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) stipulent que la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. L'art. 64 al. 2 PA, auquel l'art. 65 al. 3 PA renvoie expressément, prévoit que le dispositif indique le montant des dépens alloués qui, lorsqu'ils ne peuvent pas être mis à la charge de la partie adverse déboutée, sont supportés par la collectivité ou par l'établissement autonome au nom de qui l'autorité inférieure a statué. 14.2.2 Aux termes de l'art. 12 FITAF (RS 173.320.2), les art. 8 à 11 FITAF s'appliquent par analogie aux avocats commis d'office. A teneur de l'art. 8 al. 1 FITAF, l'avocat commis d'office a droit au remboursement des dépens lesquels comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie. Les frais non nécessaires ne sont pas indemnisés (art. 8 al. 2 FITAF). Selon l'art. 9 al. 1 FITAF, les frais de représentation comprennent les honoraires d'avocat (let. a), les débours, notamment les frais de photocopie de documents, les frais de déplacement, d'hébergement et de repas et les frais de port et de téléphone (let. b) et, cas échéant la TVA (let. c). Eu égard à l'art. 11 FITAF, les frais du représentant sont remboursés sur la base des coûts effectifs.

C-3860/2021 Page 35 Conformément à l'art. 10 al. 1 FITAF, les honoraires d'avocat et l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée. Selon l'al. 2 de la disposition, le tarif horaire des avocats est de 200 francs au moins et de 400 francs au plus hors TVA. A l'intérieur de cette fourchette, l'autorité détermine librement le tarif horaire applicable à la lumière de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1870/2006 du 14 septembre 2007 consid. 10). En matière

d'assurance sociale, l'autorité tiendra notamment compte du fait que la procédure est régie par la maxime d'office, ce qui allège le travail des avocats ; seul le travail nécessaire est dédommagé (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 8 al. 2 FITAF ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_484/2010 du 16 septembre 2010 consid. 3, 8C_723/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3.2 et 4.3). 14.2.3 Eu égard à l'art. 14 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations de travail. Selon l'al. 2 de cette disposition, le tribunal fixe les dépens et l'indemnité des avocats commis d'office sur la base du décompte. Le décompte doit être détaillé et indiquer qui a passé quel temps à faire quoi pour quel tarif (ANDRÉ MOSER/MICHAL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, ch. 4.85 p. 311). L'autorité appelée à fixer les frais de l'avocat commis d'office sur la base d'un décompte ne saurait se contenter de s'y référer sans procéder à un examen, mais doit examiner dans quelle mesure les frais allégués se sont avérés indispensables à la représentation de la partie recourante (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, *op. cit.*, ch. 4.86 p. 311). A défaut de décompte, le tribunal fixe les frais de l'avocat commis d'office sur la base du dossier (art. 14 al. 2 in fine FITAF). 14.2.4 En l'occurrence, le recourant a été débouté de toutes ses conclusions, dans la mesure de leur recevabilité, et la décision attaquée confirmée. Les dépens seront pris en charge par la caisse du Tribunal (cf. consid. 12.2.1 ci-dessus). Maître Fischer n'a pas produit de note d'honoraires. Il convient donc de se prononcer sur la base du dossier. Le travail du représentant, intervenu en cours de procédure de recours, se monte à une lettre d'une page annonçant sa désignation par le recourant et plusieurs demandes, une lettre d'accompagnement d'une page tendant à retourner le dossier consulté, une réplique de deux pages, deux lettres de deux, respectivement une page

C-3860/2021 Page 36 avec annexe requérant la suspension de la procédure, une lettre annonçant qu'il ne serait plus conseil du recourant, et d'un écrit spontané d'une page avec des annexes. En conséquence, une indemnité à titre d'assistance judiciaire de Fr. 2'000.– est versée à Maître Fischer par la caisse du Tribunal (cf. consid. 12.2.4).

C-3860/2021 Page 37

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