

BVGer C-4666/2015 vom 31. Oktober 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4666_2015

FR: TAF C-4666/2015 du 31 octobre 2017

IT: TAF C-4666/2015 del 31 ottobre 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de procédure présumés (cf. art. 63 al. 4 PA). Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

E. 2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Vol. II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 22 juin 2015, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont applicables dont notamment les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en force depuis le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant espagnol a été assuré de nombreuses années en Suisse (AI pces 10 et 72) et vit de nouveau dans son pays d'origine. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 4

En l'espèce, l'administration a prononcé une décision de non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 26 mai 2015. L'objet du litige est donc la question de savoir si l'autorité intimée était bien fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente d'invalidité de l'assuré. Il s'ensuit que la conclusion du recourant visant à l'octroi d'une rente d'invalidité sort du cadre de l'objet de la décision contestée et, partant, n'est pas recevable.

E. 5.1

En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si la personne assurée établit de

façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Le but de cette disposition est de permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

E. 5.2

Pour déterminer si une modification de l'invalidité a été rendue plausible au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, constitue le point de départ. L'état de fait existant à ce moment-là doit être comparé à celui présent au moment de la nouvelle demande de prestation, soit à l'état de fait existant au moment de la décision rejetant l'entrée en matière (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_367/2016 du 10 août 2016 consid. 2.3, 9C_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1 et 2.1.2).

E. 5.3

Lorsque l'Office AI est saisi d'une nouvelle demande de prestation, il doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Pour apprécier le caractère plausible l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2011 cité consid. 2.1.1 et références). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le Tribunal doit en principe respecter (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêts du Tribunal fédéral I 597/05 cité consid. 2). Toutefois, le degré de la preuve exigé est réduit et ne correspond pas à celui de la vraisemblance prépondérante généralement demandée en matière d'assurance sociale. Il suffit que des indices d'une certaine consistance (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, même s'il subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (arrêts du Tribunal fédéral 9C_236/2011 cité consid. 2.1.1, 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2, 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2).

E. 5.4

Il appartient à la personne assurée à démontrer que ses allégations sont plausibles faute de quoi l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (arrêts du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006 consid. 1.1, I 597/05 consid. 2). C'est donc la personne assurée qui supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestation. Le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants (cf. consid. 2 ci-dessus), ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 2.3). Néanmoins, de jurisprudence constante, dans le cas où la personne assurée omet de joindre des moyens de preuve à l'appui de sa nouvelle demande, l'Office AI doit lui impartir un délai raisonnable afin de pouvoir les produire. Il doit en outre avertir la personne assurée qu'à défaut de ces preuves il ne pourra pas entrer en matière sur la nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_236/2011 cité consid. 2.1.2, I 597/05 cité consid. 4.1 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2014 du 31 mars 2014 consid. 3).

E. 5.5

Le Tribunal ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestation que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 consid. 2). Dans ces cas, l'examen du Tribunal est limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier sur le fond. Partant, en principe, le Tribunal n'examine pas les preuves versées hors la procédure administrative (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_236/2011 cité consid. 2.1.2, I 597/05 cité consid. 4.1 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2014 cité consid. 3).

E. 6.1

En l'espèce, la dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente d'invalidité du recourant est l'arrêt du TAF du 24 février 2014 (affaire C-31/2013; AI pce 175) qui en rejetant le recours de l'assuré a remplacé la décision de l'OAIE du 8 novembre 2012 attaquée compte tenu de l'effet dévolutif du recours selon lequel la compétence pour décider dans la cause avait passé de l'administration au Tribunal (cf. ATF 130 V 143 consid. 4.2, 129 II 441 consid. 1, 125 II 29 consid. 1.c; Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs et leur contrôle, 3ème édition 2011, pp. 811 s.; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2008, ch. 3.192; Philippe Weissenberger/Astrid Hirzel, Praxiskommentar Verwaltungsverfahren (VwVG), 2ème édition, 2016). Toutefois, il sied de considérer que selon la jurisprudence constante, le pouvoir d'examen du TAF était limité aux faits existants à la date de la décision du 8 novembre 2012 (notamment : ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, en l'espèce, pour examiner si le recourant a rendu plausible une modification déterminante de son invalidité, les faits tels qu'ils se présentaient le 8 novembre 2012 doivent être comparés avec ceux qui ont existé au moment de la décision querellée du 22 juin 2015 (AI pce 191 ; cf. consid. 5.2 ci-dessus).

E. 6.2

En principe, le Tribunal devrait restreindre son examen aux pièces déposées par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande de prestation du 26 mars 2015, soit aux rapports des 9 et 22 mai et du 17 juin 2007 du Z._____, se trouvant déjà dans le dossier AI (AI pces 64 et 184), au rapport médical détaillé E 2013 du 14 janvier 2009, signé de la Dresse E.____ (AI pce 185), à l'attestation concernant la carrière d'assurance en Espagne (E 205) du 30 mars 2015 (AI pce 186 pp. 1 à 4) et aux renseignements concernant la carrière de l'assuré (E 207) du 30 mars 2015 (AI pce 186 pp. 5 à 8). Néanmoins, en vertu de la jurisprudence citée (cf. consid. 5.4 ci-dessus), le TAF doit prendre en considération les nouveaux rapports médicaux que l'assuré a versés dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 1 annexes 2 à 6 et TAF pce 7 annexes 10 et 15). En effet, les anciens rapports médicaux que l'assuré a joints à sa nouvelle demande de prestations, remontant à 2007 et 2009 (AI pces 184 et 185), ne pouvaient pas rendre plausible une modification de son invalidité intervenue ultérieurement, après le 8 novembre 2012, et c'est à tort que l'OAIE ne lui a pas imparti un délai raisonnable pour produire des moyens de preuves récents et utiles.

E. 7.1

Le TAF a constaté dans son arrêt du 24 février 2014 (affaire C-31/2013, consid. 8.2 à 8.4 [AI pce 175]) que le 8 novembre 2012 il ressortait du dossier sous l'angle somatique que

l'assuré souffrait de tachycardie d'étiologie non filière, d'ostéoarthrose généralisée, d'hyperostose diffuse idiopathique aux bras, coudes et hanches et qu'il présentait une limitation fonctionnelle de la colonne vertébrale inférieure à 50% sans signe de radiculopathie active, une limitation fonctionnelle inférieure à 50% du bras et du coude droit avec une force manuelle préservée, une fonctionnalité des membres inférieurs conservée et une marche normale (cf. notamment rapport médical détaillé du 17 avril 2012 E 213, signé de la Dresse O. _____ [AI pce 148] et résultat du 19 novembre 2010 de l'examen radiologique du 17 novembre 2010, signé de la Dresse P. _____ [AI pce 145]). Les résultats des examens radiologiques et d'imagerie médicale faisaient de plus état d'une arthrose au coude droit, d'une arthropathie chronique scapulo-humérale droite, d'une hernie discale L3-L4 et d'une protrusion discale L5-S1 (cf. notamment rapport du 16 novembre 2010 du Dr H. _____ [AI pce 114 p. 2], résultats des examens radiologiques des 13 octobre et 10 novembre 2011, signés des Dresse Q. _____ et V. _____ [AI pces 141 et 142] et rapport du 23 octobre 2012 du Dr N. _____ [AI pce 167]). Les examens sérologiques ont permis d'écarter la suspicion de spondylarthrite ankylosante envisagée en raison de l'hyperostose squelettique diffuse dont l'assuré souffre (cf. prise de position du 18 mai 2012 de la Dresse D. _____ [AI pce 152]). Sur le volet psychiatrique, alors qu'en 2007 il avait été retenu que l'assuré souffrait d'un état dépressif de degré moyen justifiant une incapacité de travail de 50% mais aussi d'un trouble somatoforme douloureux persistant et d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme du système cardiovasculaire sans répercussion sur la capacité de travail (AI pce 64 pp. 23 s.), le TAF a remarqué que d'après les rapports des Drs M. _____ et R. _____ des 22 juin et 19 novembre 2010 qui ont notamment rapporté un trouble somatoforme (AI pce 97) et des douleurs en relation avec les problèmes rhumatologiques (AI pce 112), l'assuré ne présente plus de dépression de degré moyen et que son état de santé s'est amélioré d'une manière significative (cf. prises de positions des médecins de l'OAIE du 13 septembre 2010, du 14 février 2011 et des 23 juin et 29 octobre 2012 [AI pces 106, 122, 153, 163] ; cf. aussi le rapport du 14 octobre 2011 du Dr G. _____ [AI pce 143]).

E. 7.2

S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, le TAF avait retenu avec la Dresse D. _____ qu'en 2012 les limitations fonctionnelles de l'assuré sur le plan somatique (travail en positions alternées, sans ports répétitifs de charges supérieures à 10kg, sans travail lourd, déplacements limités à de courtes distances, sans positions de porte-à-faux du tronc, à l'abri du froid, de la chaleur, de l'humidité et des intempéries) ne lui permettaient plus d'exercer son activité habituelle lourde mais que par contre elles n'affectaient pas sa capacité de travail dans une activité adaptée légère (cf. prises de position de la Dresse D. _____ des 18 mai et 29 août 2012 et du 18 mars 2013 [AI pces 152, 162 et 173]). Sur le plan psychiatrique, le Tribunal a confirmé que l'assuré ne présente plus d'incapacité de travail à compter du rapport du Dr S. _____ du 22 juin 2010. Le TAF a aussi remarqué que cette appréciation se recouvrait avec celle des médecins de la sécurité sociale espagnole (rapport médical détaillé E 213 de la Dresse O. _____ du 17 avril 2012 [AI pce 148] ; cf. dans ce sens également le rapport médical détaillé E 213 de la Dresse E. _____ du 14 janvier 2009 que l'assuré a versé dans la présente procédure [AI pce 185] et le rapport médical détaillé E 213 du Dr T. _____ du 4 août 2010 [AI pce 100]).

E. 8.1

En 2015, l'OAIE disposait des documents médicaux déterminants suivants, produits par l'assuré avec son recours : - les rapports des consultations rhumatologiques des 3 juillet et 29 octobre 2013 qui retiennent notamment comme diagnostics le 3 juillet 2013 un syndrome fibromyalgique, une arthrose et une sacro iléite bilatérale et le 29 octobre 2013 une spondylarthrite axiale (psoriasique ?) et un syndrome fibromyalgique/douleur enthésitique (TAF pce 1 annexe 6), - le rapport de la consultation neurologique du 21 octobre 2013, signé de la Dresse U. _____ qui a posé le diagnostic des céphalées aiguës et conseillé un traitement médicamenteux si la fréquence des céphalées augmente (TAF pce 1 annexe 4), - le rapport rhumatologique du 22 janvier 2014 du Dr F. _____ qui fait état d'un syndrome fibromyalgique, d'une hyperostose ankylosante idiopathique diffuse et d'une arthrose généralisée. Il indique également que l'assuré présente un tableau clinique compatible avec un DISH (Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis ou maladie de Forestier) et non pas avec une spondylarthropathie et remarque que l'atteinte rhumatologique dégénérative de l'assuré limite la mobilité, provoque une fatigue chronique avec une limitation pour lever les poids ou réaliser des efforts physiques (TAF pce 1 annexe 3), - le rapport médical du 25 septembre 2014, signé du Dr G. _____ du service de la santé mentale qui fait état des antécédents psychiatrique de son patient et du traitement instauré depuis juin 2009 et qui pose le diagnostic de trouble dépressif chronique (F34.1), de trouble douloureux somatoforme (F45.4) ainsi que de trouble végétatif du coeur et du système cardio-vasculaire (F45.30). Il indique que vu le manque d'efficacité des divers traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques il faut considérer que la symptomatologie persiste chroniquement et est invalidante pour l'exercice de la profession de l'assuré (TAF pce 1 annexe 5), - le rapport du 25 février 2015 du Dr H. _____ qui pose les diagnostics d'épisodes de tachycardie d'origine indéterminée depuis 1988, d'hernie discale L3-L4 et protrusion discale L5-S1, d'état dépressif chronique, d'hyperostose ankylosante idiopathique diffuse, d'arthrose généralisée et de syndrome fibromyalgique. Il indique que ces atteintes produisent une douleur chronique ainsi qu'une diminution importante de la capacité de travail (TAF pce 1 annexe 2).

E. 8.2

L'OAIE a invité son service médical à prendre position sur ces nouveaux rapports.

E. 8.2.1

Sur le plan rhumatologique, la Dresse D. _____ a remarqué que les différents rapports de consultations rhumatologiques n'amènent pas d'élément médical nouveau ou significatif qui n'ont pas été pris en compte lors des prises de position antérieures. Elle précise que la suspicion de sacro-iléite (cf. le rapport du 3 juillet 2013) n'a pas été retenue par le Dr F. _____ et que l'hyperostose idiopathique diffuse était déjà connue et prise en compte lors de la décision du 8 novembre 2012 ainsi que le syndrome fibromyalgique qui n'était pas invalidant (cf. prise de position du 9 octobre 2015 [TAF pce 5 annexe 1]). Dans sa prise de position du 21 octobre 2015, le Dr I. _____, rhumatologue (TAF pce 5 annexe 3), a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assuré une arthrose au coude droit, une périarthrite scapulo-humérale droite chronique, un syndrome douloureux panvertébral sur troubles dégénératifs (hernie discale L3-L4 et protrusion discale L5-S1). Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr I. _____ a noté des épicondylalgies droites, une diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) ou maladie de Forestier et une fibromyalgie. Il explique que la DISH (maladie de Forestier ou hyperostose vertébrale engainante) est caractérisée par une ossification des insertions ligamentaires et

tendineuses (= enthèses), non ou peu inflammatoire, autour de la colonne vertébrale (surtout le ligament longitudinal antérieur) et remarque que les articulaires sacro-iliaques ainsi que sur le squelette périphérique (par exemple l'épicondyle) peuvent occasionner des douleurs squelettiques légères à modérées, comme celles ressenties par l'assuré, et qu'ils ne nécessitent habituellement que des antalgiques de palier 1 ou 2, comme chez l'assuré. Il souligne que le Dr F._____ ne décrit pas d'atteinte neurologique qui peut parfois compliquer une DISH et que ce médecin ne confirme qu'une incapacité de travail totale pour des activités lourdes. Enfin, le Dr I._____ rappelle que le diagnostic [DISH] a déjà été posé en 2012 par la Dresse O._____ dans son rapport E 213 du 17 avril 2012 (AI pce 148) et qu'il a été pris en compte dans la décision du 8 novembre 2012. S'agissant de la fibromyalgie, il remarque que celle-ci n'a été retenue que sur la présence de points sensibles à la pression à l'examen clinique.

E. 8.2.2

Concernant le rapport de la consultation neurologique auprès de la Dresse U._____, la Dresse D._____ a relevé que ce rapport, indiquant des céphalées mais sans atteinte ou déficit neurologique, n'amène pas d'élément médical significatif qui modifie la capacité résiduelle de travail de l'assuré (TAF pce 5 annexe 1).

E. 8.2.3

S'agissant du rapport psychiatrique du Dr G._____, le Dr J._____, médecin FMH spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, confirme le diagnostic de trouble dépressif chronique ou de dysthymie (F34.1) au vu des constats mentionnés par ce médecin et rappelle qu'il s'agit d'un trouble de l'humeur chronique évoluant depuis plusieurs années mais qui ne remplit pas les critères de trouble dépressif récurrent (F33) grave, moyenne ou légère. Selon le Dr J._____ il s'agit donc d'un trouble psychiatrique simple qui n'implique pas une incapacité de travail. S'agissant du trouble somatoforme douloureux (F45.4), le Dr J._____ remarque que le Dr G._____ ne motive pas ce diagnostic par des constats actuels, ce diagnostic ayant été posé en 2007 lors de l'expertise du Z._____ en relation avec des conflits émotionnels de l'assuré liés à son divorce et à ses conséquences et n'a plus été motivé depuis lors. Faute de motivation basée sur des constats récents, le médecin de l'OAIE ne confirme pas non plus le diagnostic de trouble somatoforme de la fonction du système cardiovasculaire autonome (F45.3) mentionné par le Dr G._____ (cf. prise de position du 29 octobre 2015 du Dr J._____ [TAF pce 5 annexe 4]).

E. 8.2.4

Quant au rapport du Dr H._____, la Dresse D._____ (TAF pce 5 annexe 1) constate que les atteintes à la santé retenues par ce médecin - soit des épisodes de tachycardie d'origine indéterminée depuis 1988, une hernie discale L3-L4 et protrusion discale L5-S1, un état dépressif chronique, une hyperostose ankylosante idiopathique diffuse, une arthrose généralisée et un syndrome fibromyalgique (TAF pce 1 annexe 2) - ont déjà été connues auparavant (cf. ses prises de positions des 18 mai et 29 août 2012 et du 18 mars 2013 [AI pces 152, 162 et 173] et les prises de position du Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie des 23 juin et 29 octobre 2012 [AI pces 153 et 163]) et que le traitement médical n'a que peu été modifié depuis le dernier rapport de ce médecin du 20 mars 2012 (cf. AI pce 156).

E. 8.2.5

En résumé, les médecins de l'OAIE ont retenu que les nouveaux rapports médicaux n'amènent pas d'éléments nouveaux ou significatifs qui n'avaient pas déjà été pris en compte le 8 novembre 2012.

E. 8.3

L'assuré a ensuite encore déposé les nouveaux documents médicaux suivants : - les résultats de l'examen du 15 mai 2013, signé du Dr K. _____ qui a été consulté pour des prurits (TAF pce 7 annexe 15), - les prescriptions médicamenteuses du Dr H. _____ pour un traitement du 15 mai au 9 novembre 2013, établies le 22 décembre 2013 (TAF pce 7 annexe 10).

E. 8.4

Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter des avis des médecins de l'OAIE pour les raisons ci-après :

E. 8.4.1

Premièrement, le TAF constate que les Drs D. _____, I. _____ et J. _____ se sont prononcés sur tous les nouveaux rapports déterminants et qu'ils ont motivé leurs observations d'une façon très détaillée.

E. 8.4.2

De plus, comparant les diagnostics retenus en 2012 avec ceux avancés en 2015 (cf. consid. 7.1, 8.1 et 8.2 ss ci-dessus), le TAF remarque - à l'instar des médecins de l'OAIE - que les nouveaux documents produits par l'assuré ne font pas état de nouvelles maladies significatives dont l'OAIE n'avait pas déjà tenu compte le 8 novembre 2012. Il appert du dossier que l'assuré souffre toujours des atteintes suivantes : - d'une arthrose au coude droit et d'une périarthropathie huméroscapulaire droite chronique, respectivement d'une ostéoarthrose généralisée, - d'un trouble douloureux panvertébral : hernie discale L3-L4 sans compression radiculaire, protrusion L5-S1, - d'une hyperostose squelettique diffuse (DISH) aux bras, coudes et hanches, respectivement d'une maladie de Forestier, - de fibromyalgie, - d'épisodes de tachycardie d'origine indéterminée, - de dysthymie. Comme nouvelle affection, la Dresse U. _____ a fait état de céphalées. A juste titre, la Dresse D. _____ a cependant exposé que celles-ci ne sont pas invalidantes (consid. 8.2.2 ci-dessus). Il résulte encore du rapport du 15 mai 2013 du Dr K. _____ que l'assuré a souffert de prurits (TAF pce 7 annexe 15) qui ne sont pas non plus invalidants. Les Drs D. _____ et I. _____ ont par ailleurs expliqué que l'assuré ne souffre pas d'une spondylarthropathie ou d'une spondylarthrite ankylosante, que le diagnostic de sacro-iléite n'a pas été retenu par le Dr F. _____ et que le diagnostic de fibromyalgie - qui présente de points communs avec celui du trouble somatoforme douloureux déjà observé par des médecins (ATF 132 V 65 consid. 4) - n'est pas invalidant (consid. 8.2.1). Enfin, le Dr J. _____ a expliqué les raisons pour lesquelles il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme et de trouble somatoforme de la fonction du système cardiovasculaire autonome, mentionnés par le Dr G. _____ et déjà retenus lors de l'expertise au Z. _____ en 2007 (cf. consid. 7.1 et 8.2.3).

E. 8.4.3

En outre, le TAF note que les nouveaux rapports versés par l'assuré n'indiquent pas non plus de changements notables des maladies déjà connues, susceptibles d'influencer les limitations fonctionnelles de l'assuré, respectivement sa capacité de travail résiduelle.

L'incapacité de travail dans la profession habituelle, attestée par le Dr G. _____, est incontestée depuis la décision initiale déjà, les limitations décrites par le Dr F. _____ - limitations dans la mobilité, pour le lever des poids et des efforts physiques ainsi qu'une fatigue - sont compatibles avec les limitations que l'OAIE avait retenu lors de la décision du 8 novembre 2012 (pas d'activités impliquant un travail en positions alternées, sans ports répétitifs de charges supérieures à 10kg, sans travail lourd, déplacements limités à de courtes distances, sans positions de porte-à-faux du tronc, à l'abri du froid, de la chaleur, de l'humidité et des intempéries ; cf. consid. 7.2 ci-dessus) et la diminution importante de la capacité de travail attestée par le Dr H. _____ manque de précision, ne décrivant aucune limitation concrète, et, partant, ne peut pas rendre plausible une modification déterminante de celle-ci.

E. 8.5

Le recourant, pour sa part, se contente d'énumérer les maladies dont il souffre et les médicaments prescrits et il prétend que ces atteintes se sont aggravées et qu'il ne peut plus exercer une activité lucrative quelconque. Toutefois, il omet d'expliquer concrètement en quoi sa situation médicale et sa capacité de travail ont changé depuis celles existants au 8 novembre 2012. Il ne fait pas non plus état d'éléments qui mettent en doute les constatations des médecins de l'OAIE.

E. 8.6

Enfin, pour être complet, le TAF constate que l'assuré né en 1958 n'avait en 2015 pas encore atteint un âge proche de la retraite (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). En outre, selon la jurisprudence, l'écoulement du temps - un paramètre inéluctable - ne peut pas en soi légitimer l'octroi d'une rente d'invalidité ou son augmentation après un premier refus (arrêts du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2, 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2 et 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5), et encore moins l'entrée en matière sur une nouvelle demande (cf. arrêt du TAF C-5462/2014 du 1er novembre 2016 consid. 8.4) pour la seule raison que la personne assurée a entre-temps atteint un âge (plus) avancé. En effet, l'assuré sait en l'occurrence, en raison de la procédure antérieure, qu'un changement d'activité adaptée à ses problèmes de santé et à ses limitations fonctionnelles est attendu de sa part (cf. arrêt du TAF C-31/2013 cité consid. 10.5 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 cité consid. 4.3.3). Le TAF avait rappelé qu'en vertu d'un principe généralement valable dans les assurances sociales suisses il lui incombe une obligation de diminuer le dommage (notamment : ATF 130 V 97 consid. 3.2; Ulrich Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131). En particulier, l'on peut exiger de la part de l'assuré qu'il accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé afin de réduire sa perte de gain, même si cette activité diffère de sa profession habituelle (cf. art. 6 LPG). Par ailleurs, la situation familiale ou la situation économique, en particulier un marché de l'emploi local, ne constituent pas non plus un critère relevant de l'assurance-invalidité suisse (cf. arrêt du TAF I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI, VSI, 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

E. 8.7

En conclusion, le TAF constate que les pièces produites par l'assuré ne sont pas de nature à rendre plausible qu'un changement de circonstances susceptible d'influencer son droit à des

prestations de l'assurance-invalidité est intervenu depuis le 8 novembre 2012.

E. 9

Eu égard à ce qui précède, la décision du 22 juin 2015 est confirmée et le recours rejeté dans la mesure où il est recevable (cf. consid. 4 ci-dessus).

E. 10

En vertu de l'art. 63 al. 1 PA selon lequel les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe, le recourant doit s'acquitter des frais de la présente procédure s'élevant à 400 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais du même montant, versé par le recourant (TAF pces 6, 8 et 12). Le recourant étant débouté, il n'a pas droit à des dépens aux termes de l'art. 64 al. 1 PA et de l'art. 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) qui permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Par ailleurs, conformément à l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure, en qualité d'autorité partie, n'a pas droit aux dépens. Le dispositif se trouve à la page suivante.

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