

# **BVGer C-5350/2018 vom 8. September 2023**

Bundesverwaltungsgericht, 2023-09-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5350\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5350_2018)

FR: TAF C-5350/2018 du 8 septembre 2023

IT: TAF C-5350/2018 del 8 settembre 2023

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 7.1**

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus con- forme au droit, constituait le point de départ pour examiner si le taux d'in- validité s'était modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 125 V 368 consid. 2, 112 V 371 consid. 2).

### **E. 7.2**

En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériel- lement le droit à la rente, était celle de l'octroi d'un quart de rente, soit celle du 26 juillet 2013 (OAIE pce 67). Cet état de fait devra ainsi être comparé à celui qui prévalait au moment où la décision attaquée a été prise, soit le 28 août 2018. Au niveau médical, l'autorité inférieure avait retenu, suivant l'avis de son service médical du 2 mai 2013 (OAIE pce 57), comme atteintes à la santé du recourant en 2013 une cardiopathie ischémique chronique (dont décou- lait notamment le trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs an- xieux) et une arthrose post-traumatique du calcanéum gauche (résultant de l'accident de voiture de 1988). S'agissant de l'incapacité de travail du recourant, elle a été jugée dans l'activité habituelle de 50 % dès le 27 fé- vrier 2011, puis de 80 % à compter du 26 juillet 2011, tandis qu'elle se mon- tait à 30 % dans une activité adaptée dès le 27 février 2011. En ce qui con- cerne les limitations fonctionnelles, il convenait d'éviter la position de travail debout, le port de charges supérieures à 5 kg, les travaux lourds, la marche sur terrain irrégulier, le froid et l'humidité. C'est donc cet état de fait qui

C-5350/2018 Page 14 devra être comparé à celui régnant au moment où la décision entreprise a été rendue, sur la base de la nouvelle documentation médicale versée au dossier dans l'intervalle, en vue de mettre en œuvre le premier arrêt de renvoi du TAF (C-2394/2015).

### **E. 8.1**

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) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tri- bunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier

les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

## E. 8.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. 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 par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse,

C-5350/2018 Page 15 que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2). Concernant enfin les rapports et

expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjec-

C-5350/2018 Page 16 tivité. 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 plaident contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

### **E. 8.3**

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  d. 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. 9**

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'arrêt du TAF susmentionné visant à élucider la situation orthopédique du recourant, l'OAIE a, avec la collaboration de l'INSS, recueilli les documents médicaux suivants : - un rapport du 20 novembre 2013 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin au sein d'un service de traumatologie et d'orthopédie de consultation externe, relevant une gonalgie chronique qui à ce moment ne nécessite pas d'intervention chirurgicale, mais qu'il ne faut pas abandonner à moyen-long terme (OAIE pce 179) ; - une fiche de médicaments du 21 novembre 2017 (OAIE pce 168) ; - un rapport du 16 janvier 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre, faisant état pour l'essentiel d'une absence de manifestations psychopathologiques graves, diagnostiquant un trouble adaptatif mixte en état de stabilisation clinique et concluant que ce diagnostic secondaire n'est pas en soi une cause limitant la capacité de travail, mais qu'il pourrait à côté des pathologies somatiques plus importantes chez l'assuré contribuer à ses difficultés professionnelles (OAIE pce 165) ; - un rapport du 23 janvier 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin au sein du service de cardiologie de la clinique I. \_\_\_\_\_, considérant l'assuré comme asymptomatique au niveau cardiovasculaire et relevant que les

C-5350/2018 Page 17 examens effectués ne modifient pas les diagnostics antérieurs ; le médecin recommande de continuer avec la même médication, laquelle permet à son patient de mener une vie normale (OAIE pce 166) ; - un rapport d'électrocardiogramme d'effort du même jour de ce médecin (OAIE pce 167) ; - des imageries de cardiologie de la même date du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin à la même clinique (OAIE pce 169) ; - un rapport médical détaillé E 213 E du 2 février 2018 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin de l'INSS, posant les diagnostics de coudé fémoral du genou droit, de dégénérescence intra-méniscale corne post ménisque interne, kyste de Baker droit, infarctus aigu du myocarde inféro-latéral de Killip II, dans le vaisseau coronaire 1 stent angioplastie coronarienne percutanée. Artère coronaire droite (Cd) fraction d'éjection ventriculaire 55 %, état mixte adaptatif, ainsi que de fracture métatarsienne droite en 1988, hallux valgus droit, fracture du radius cubitus également en 1988, fracture du talus aussi en 1988, arthrose sévère de la cheville et

nécrose du corps du talus, atteinte des arthroses articulaires, adjacent talo-scaphoïde sous-talien, ostéonécrose (code CIE 716.17). La médecin observe un état de stabilisation clinique. Elle retient comme limitations fonctionnelles une limitation de la mobilité globale du pied gauche supérieure à 50 %, avant-bras gauche, gonalgie chronique droit limitante à moins de 50 % de supination, maladie ischémique chronique stabilisée, euthymique, et conclut que l'assuré peut travailler devant un écran, sans l'aide d'autrui que ce soit sur le lieu de travail ou à domicile, que les limitations établies sont permanentes depuis le 7 février 2014. La médecin indique qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer sur une possible amélioration de la capacité de travail dans le futur (OAIE pce 164) ; - un rapport du 21 mai 2018 du Dr C.\_\_\_\_\_, posant des diagnostics d'arthralgie de la cheville gauche due à une dégénérescence articulaire et de chondromalacie de la rotule gauche, ainsi que jugeant nécessaire un traitement symptomatique ou des processus chroniques (OAIE pce 178) ; - un rapport E 213 du 22 mai 2018 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, reprenant les diagnostics déjà retenus dans son rapport médical du 2 février 2018, retenant en sus les diagnostics de trouble adaptatif mixte en état de stabilisation clinique et d'arthrose, recommandant d'examiner les

C-5350/2018 Page 18 symptômes cliniques douloureux ainsi que la possibilité d'une arthro-dèse. La médecin relève par ailleurs des limitations fonctionnelles de limitation de la mobilité globale du pied gauche supérieure à 50 %, et de l'avant-bras gauche inférieure à 50%, ainsi qu'une supination, une gonalgie chronique droite sans limitation fonctionnelle et une maladie ischémique chronique stabilisée, euthymique. Elle conclut à nouveau au fait que l'intéressé peut travailler devant un écran, sans l'aide d'autrui que ce soit sur le lieu de travail ou à domicile, ajoutant que sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée. Elle considère toujours que les limitations établies sont permanentes depuis le 7 février 2014 et mentionne ne pas être en mesure de se déterminer quant à une possible amélioration de l'état de santé dans le futur (OAIE pce 177).

### **E. 10.1**

Le recourant conclut implicitement à l'octroi d'une rente plus élevée, considérant ainsi que son état de santé s'est péjoré depuis la décision de 2013 entrée en force.

### **E. 10.2**

L'autorité inférieure a motivé le maintien du quart de rente dans la décision litigieuse (OAIE pce 184) en se basant en particulier sur le rapport orthopédique du 21 mai 2018 du Dr C.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 178).

### **E. 10.3**

Il appartient, partant, au Tribunal d'examiner si l'OAIE a considéré à tort ou à raison que ce rapport orthopédique remplissait les exigences posées par la jurisprudence exposées plus haut pour se voir accorder pleine valeur probante (voir supra consid. 8), et comblait les lacunes d'instruction constatées dans l'arrêt de renvoi du TAF du 10 juillet 2017 (C-2394/2015).

#### **E. 10.3.1**

En premier lieu, il est utile de rappeler que dans son arrêt de renvoi du 10 juillet 2017, le Tribunal administratif fédéral attend de l'autorité inférieure qu'elle complète l'instruction en particulier en ordonnant une nouvelle expertise orthopédique qui devra présenter une

valeur probante suffisante selon les conditions tirées de la jurisprudence et établir s'il existe une aggravation de la santé du recourant au regard de l'assurance-invalidité, avant de consulter à nouveau son service médical et de rendre une nouvelle décision (consid. 8.2 dudit arrêt). Il n'a toutefois pas spécifié si la nouvelle expertise devait être organisée en Suisse ou en Espagne.

### **E. 10.3.2**

En l'occurrence, l'OAIE a décidé de contacter l'INSS afin de lui confier la tâche de compléter l'instruction (OAIE pce 160).

C-5350/2018 Page 19

### **E. 10.3.3**

Après avoir reçu la documentation médicale de l'INSS, l'autorité inférieure a jugé qu'elle n'était pas suffisante pour répondre aux exigences de l'arrêt de renvoi du TAF et prié l'INSS de lui faire encore parvenir un rapport d'examen orthopédique devant se prononcer sur les affections du genou, en précisant au surplus les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans la dernière activité et dans une activité adaptée (OAIE pce 174). L'INSS lui a fait parvenir un rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ daté du 21 mai 2018 (OAIE pce 178) et un rapport E 213 du 22 mai 2018 établi par la Dresse K. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 177).

### **E. 10.3.4**

Sur la base de ces nouveaux documents, le service médical de l'OAIE a estimé qu'il lui était possible de confirmer que la capacité de travail (en position assise) restait possible et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé justifiant une modification de la capacité résiduelle de travail reconnue (OAIE pce 182), avis qui a été repris par la décision querellée.

### **E. 10.3.5**

Le Tribunal remarque à la lumière du rapport orthopédique du 21 mai 2018 que celui-ci émane d'un chirurgien en orthopédie et en traumatologie, soit d'un spécialiste disposant des connaissances requises pour se prononcer sur l'état de santé du recourant, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. Le rapport orthopédique commence par une anamnèse, mais qui est fort succincte, bien qu'elle retrace les principales affections du recourant. De plus, à l'exception d'un examen radiologique en décembre 2017, le rapport ne mentionne pas de rapport médical qui aurait été mis à sa disposition avant d'effectuer son examen. Il n'est ainsi pas possible au Tribunal de déterminer si le spécialiste était en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les examens effectués au niveau de la cheville et du genou gauches ne sont pas décrits. Seuls les résultats sont mentionnés, en particulier pour le genou gauche. Il en ressort ainsi qu'il n'y a ni épanchement articulaire, ni instabilité ligamentaire, que par contre il existe une friction rotulienne avec douleur, un plaquage de la rotule et une atrophie mineure du quadriceps crural gauche et qu'enfin les tests d'exploration méniscale ne se sont pas révélés concluants. Le médecin retient alors un diagnostic de chondromalacie de la rotule gauche, à côté d'une arthralgie de la cheville gauche due à une dégénérescence articulaire. Enfin, il préconise un traitement symptomatique ou des processus chroniques. Le Tribunal remarque que le médecin ne se prononce aucunement sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il n'indique pas non plus quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant. Il appert que le rapport orthopédique ne correspond pas à une expertise, du moins

pas au sens du droit suisse.

C-5350/2018 Page 20 Ce rapport orthopédique ne peut donc se voir accorder pleine valeur probante selon les lignes directrices posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le rapport E 213 du 22 mai 2018 n'est pas plus concluant. En effet, on ignore la spécialisation de la Dresse K. \_\_\_\_\_ et donc si elle est spécialisée en orthopédie, alors que l'arrêt de renvoi du TAF enjoignait de mettre en place une expertise orthopédique ; la médecin se prononce d'ailleurs sur l'ensemble des pathologies, somatiques et psychiatriques, du recourant, ne permettant dès lors pas non plus de déduire si elle possède une spécialisation pour l'une ou l'autre des affections ; qui plus est, le service médical avait averti que le 1er rapport E 213 E du 2 février 2018 établi par la même médecin (OAIE pce 164) et au contenu assez similaire au second était trop succinct pour l'orthopédie, tandis que le second rapport n'ajoute que peu de précisions à ce sujet. Dès lors, il y a lieu de constater que l'arrêt de renvoi du TAF C-2394/2015 du 10 juillet 2017 n'a pas été pleinement appliqué.

#### **E. 10.3.6**

Aussi peine-t-on à suivre le Dr B. \_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE dans sa réponse du 13 juin 2018 (OAIE pce 182) lorsqu'il retient ces documents pour confirmer les conclusions antérieures. Ce d'autant plus que ce médecin avait répondu le 28 février 2018 (OAIE pce 172) qu'il était nécessaire de demander un rapport orthopédique en spécifiant clairement que ce dernier devrait se prononcer sur le genou en précisant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, tant dans la dernière activité que dans une activité adaptée, ce afin de satisfaire aux exigences du TAF. Or, la décision attaquée reprend les éléments de la réponse du service médical de l'OAIE du 13 juin 2018 pour maintenir le droit à un quart de rente.

#### **E. 10.3.7**

Au vu des éléments médicaux contenus dans le dossier et en l'absence d'expertise répondant aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, le Tribunal ne peut pas trancher la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant entre 2013 et 2018. Ces aspects ayant déjà été instruits, mais pas suffisamment suite à l'arrêt du TAF prononçant le renvoi de la cause à l'OAIE, le Tribunal de céans a procédé à une expertise judiciaire compte tenu notamment de l'exigence de célérité de la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.1, 3.2 et 3.3).

### **E. 11**

C-5350/2018 Page 21

#### **E. 11.1**

Une expertise médicale judiciaire dans les disciplines de la psychiatrie, cardiologie et orthopédie a été organisée par le Tribunal de céans auprès du CEM E. \_\_\_\_\_ (cf. décision incidente du 24 février 2022 [TAF pce 45]), le CEM E. \_\_\_\_\_ y ayant ajouté, avec l'accord du TAF, la médecine interne (TAF pces 29 et 32). Chaque experte et expert a rendu dans sa discipline un rapport d'expertise (expertise de médecine interne du 7 avril 2022 de la Dresse L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, experte certifiée SIM [TAF pce 74 p. 3 à 36] ; expertise psychiatrique du 7 avril 2022 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, expert certifié SIM [TAF pce 74 p. 37 à 55] ; expertise cardiologique du 6 avril 2022 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie [TAF pce 74 p. 56 à 68] et exper-

tise orthopédique du 6 avril 2022 du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, expert certifié SIM [TAF pce 74 p. 69 à 88]). Enfin, un consilium inter-disciplinaire a eu lieu par téléphone entre l'ensemble des experts (TAF pce 74 p. 89 à 97). Il convient dès lors d'examiner si l'expertise pluri-disciplinaire du CEM E. \_\_\_\_\_ remplit les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

### **E. 11.2**

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert-e étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante, ou encore que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e. On ne peut exclure, dans ce cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/aa ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

### **E. 12**

Il ressort de la documentation médicale au dossier que le recourant a rencontré des problèmes de santé tant sur le plan somatique que psychique. En 1988, celui-ci a été victime d'un accident de la circulation en Espagne ayant causé notamment de multiples fractures au niveau des côtes, des pieds et des membres supérieurs (cf. notamment OAIE pces 21 et 22). Des douleurs au pied gauche ont persisté. Durant le mois de février de l'année 2011, il a fait un infarctus du myocarde inféropostéro-latéral, lequel a

C-5350/2018 Page 22 nécessité la pose d'un stent en urgence (OAIE pces 18 et 7). L'état de santé cardiovasculaire s'est stabilisé, mais a fait place à un trouble de l'adaptation avec une symptomatologie anxiodépressive (cf. notamment OAIE pce 57 ; TAF pce 74 p. 23). En 2013, ont ainsi été retenus une cardiopathie ischémique chronique (dont découlait notamment un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs anxieux) et une arthrose post-traumatique du calcanéum droit (des suites de l'accident précité ; OAIE pce 57 ; cf. aussi OAIE pce 20 pour la cardiopathie ischémique chronique ; OAIE pce 24 pour le trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs anxieux ou OAIE pces 19 et 118 en particulier pour une anémie et une dépression). Cela a justifié la mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité suisse dès le 1er mars 2013 (OAIE pce 67). Cependant, le recourant a, selon les documents médicaux fournis par l'INSS en 2014, rencontré de nouveaux troubles, sous forme d'ostéonécrose des condyles fémoraux, de dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, des gonalgies chroniques à droite et un hallus valgus du pied droit (OAIE pce 98). Une dyslipidémie a encore été relevée (OAIE pce 135). Dans le cadre de l'instruction complémentaire de la demande de révision du recourant, le Dr F. \_\_\_\_\_ a confirmé une gonalgie chronique (rapport du 20 novembre 2013 [OAIE pce 179]), tandis que le Dr G. \_\_\_\_\_ a fait de même pour le trouble adaptatif mixte, mais en précisant qu'il était en état de stabilisation (rapport du 16 janvier 2018 [OAIE pce 165]), et que le Dr H. \_\_\_\_\_ a signalé que le recourant était asymptomatique au niveau cardiovasculaire (rapport du 23 janvier 2018 [OAIE pce 166]). La Dresse K. \_\_\_\_\_ a

constaté au surplus un kyste de Baker droit (voir aussi OAIE pce 119), une fracture métatarsienne droite, une fracture du radius cubitus, une fracture du talus, ces trois dernières existant depuis 1988, ainsi qu'une arthrose sévère de la cheville et nécrose du corps du talus, une atteinte des arthroses articulaires, adjacent talo-scaphoïde sous-talien (rapport E 2013 E du 2 février 2018 [OAIE pce 164]). L'orthopédiste, le Dr C. \_\_\_\_\_, a, quant à lui, retenu une arthralgie de la cheville gauche due à une dégénérescence articulaire et une chondromalacie de la rotule gauche (rapport du 21 mai 2018 [OAIE pce 178]). Enfin, après que la décision attaquée ait été rendue, et pour autant que le rapport médical en question puisse être pris en considération dans la présente procédure de recours (voir supra consid. 4.2), le Dr D. \_\_\_\_\_ a retenu en ce qui concerne le genou gauche, un œdème osseux avec fracture chondrale sur la face articulaire du condyle externe, une méniscopathie interne et externe de degré I et un épanchement articulaire (rapport du 4 décembre 2018 [TAF pce 9, annexe]).

C-5350/2018 Page 23

### **E. 13**

Le Tribunal remarque que l'expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire, en couvrant les disciplines de la médecine interne, de la psychiatrie, de la cardiologie et de l'orthopédie, traite de l'ensemble des pathologies dont souffre le recourant, ce depuis son accident en 1988. En particulier avec le volet orthopédique, elle est en outre propre à mettre en œuvre l'arrêt de renvoi prononcé par le TAF en date du 10 juillet 2017 (C-2394/2015). Sous l'angle des conditions formelles, le rapport d'expertise a été établi par des spécialistes reconnus et possédant la spécialisation ainsi que les connaissances nécessaires dans chacune de leur discipline (voir supra consid. 11.1 ; voir aussi TAF pce 44). Les plaintes exprimées par le recourant lors de l'expertise pluridisciplinaire y sont dûment retranscrites (pour l'expertise de médecine interne, TAF pce 74 p. 22 à 24 et 32 ; pour l'expertise psychiatrique, p. 38 à 40, 51 à 52 et 54 ; pour l'expertise cardiologique, p. 57 à 59 et 65 ; pour l'expertise orthopédique, p. 70 à 74, 77 et 86 ; pour le consilium interdisciplinaire, p. 92 et 95). Les experts ont passé en revue l'anamnèse sur les plans systématique (que ce soit tant général que pour les différentes parties du corps, respectivement types de symptômes), de la carrière, social (y compris familial / hérédité), du quotidien et des traitements suivis y compris médicamenteux (pour l'expertise de médecine interne, p. 23 à 28 ; pour l'expertise psychiatrique, p. 39 à 44 ; pour l'expertise cardiologique, p. 57 à 60 ; pour l'expertise orthopédique, p. 71 à 75 ; pour le consilium interdisciplinaire dans une partie intitulée « Résumé succinct de l'évolution de la maladie selon les différentes disciplines », p. 89 à 92). Si le recourant conteste, dans ses observations spontanées du 7 septembre 2022, le montant rapporté de la rente d'invalidité suisse perçue, en relation avec l'anamnèse sur la situation financière (p. 25) et l'état des dettes (p. 95), force est d'admettre que ledit montant n'est pas décisif dans un tel contexte d'expertise d'ordre médical, l'important étant de savoir que l'expertisé dispose de revenus (par l'octroi des rentes espagnole et suisse), qu'il n'a pas de dette et que sa mère prend en charge financièrement le loyer et les courses (TAF pce 74 p. 26 et 33). En somme, les experts ont établi leur rapport d'expertise pluridisciplinaire en étant en parfaite connaissance de l'anamnèse. S'agissant de la description du contexte médical, il convient de relever que le rapport d'expertise présente celui-ci à la suite d'un entretien approfondi avec l'expertisé, de façon claire, consciencieuse et circonstanciée dans une section « Affection actuelle » en débutant avec l'accident de 1988 en Espagne et en développant jusqu'aux jours de l'expertise (pour l'expertise de

médecine interne, p. 22 à 23 ; pour l'expertise psychiatrique, p. 38 à 39 ; pour l'expertise cardiologique, p. 57 ; pour l'expertise orthopédique, p. 71 ; pour le consilium interdisciplinaire qui le traite

C-5350/2018 Page 24 dans une partie 4.1 « Résumé succinct de l'évolution de la maladie selon les différentes disciplines », p. 89 à 91). L'exigence y relative est ainsi remplie. Enfin, le rapport précise s'être basé sur le dossier mis à la disposition du CEM E. \_\_\_\_\_ par le Tribunal (TAF pce 74 p. 5) et énonce les actes au dossier dans l'expertise de médecine interne (p. 6 ss), les autres volets y renvoyant expressément (p. 37 pour la psychiatrie ; p. 56 pour la cardiologie ; p. 69 pour l'orthopédie). Le consilium interdisciplinaire, quant à lui, résume l'évolution des maladies dans le temps et répète les points de vue des spécialistes traitants (p. 89 à 91). Ce faisant, il y a lieu d'admettre que les experts avaient pleinement connaissance du dossier médical du recourant. Enfin, le Tribunal remarque que dits experts ont aussi répondu à la question posée de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis 2013 (voir supra consid. 6.5). Sur le vu de ce qui précède, le rapport d'expertise pluridisciplinaire satisfait aux exigences jurisprudentielles de nature formelle pour se voir accorder pleine valeur probante.

## **E. 14**

D'un point de vue somatique, il y a lieu de retenir ce qui suit.

### **E. 14.1**

Dans son rapport d'expertise de médecine interne, l'experte interniste, la Dresse L. \_\_\_\_\_ n'a retenu, sur la base d'un entretien approfondi prenant en compte les indications fournies spontanément par le recourant (TAF pce 74 p. 22 à 28) et d'un examen sur la personne de ce dernier (p 29 s.), aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et posé comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail un diabète non insulinodépendant traité par monothérapie (E11), une dyslipidémie (E78) et un surpoids (E66.93). Elle a précisé que ces diagnostics étaient des facteurs de risque cardiovasculaires et étaient bien objectivés dans le dossier médical de l'expertisé (p. 31).

#### **E. 14.1.1**

A cet égard, on notera que l'examen sur la personne susmentionné a été complet, l'experte interniste ayant indiqué les constatations qu'elle a faites à cette occasion au niveau du status général, de la peau et phanères, des status ORL, cardiologique, pulmonaire, abdominal, neurologique et ostéoarticulaire. Elle a jugé que des examens complémentaires n'étaient pas nécessaires (TAF pce 74 p. 29 à 30). Le corps dans son ensemble a donc été investigué par la Dresse L. \_\_\_\_\_. Au niveau des observations rapportées, l'experte relève lors de l'arrivée du recourant une démarche caractérisée par une déviation latérale avec un membre inférieur gauche en hypertension, le genou étant

C-5350/2018 Page 25 bloqué. L'expertisé n'a pas montré de signe douloureux durant l'examen. Dans le cadre de ce dernier, il est fait mention d'un surpoids (IMC de 29 kg/m<sup>2</sup>), de quelques adénopathies cervicales infracentimétriques (le reste des aires ganglionnaires étant libres), de téléangiectasies du pied gauche, d'une hypotrophie du mollet gauche, d'une marche impossible sur les talons et d'un hallux valgus droit. Le reste est qualifié de normal. Ces observations sont ainsi approfondies et justifient, en tenant compte des éléments au dossier, l'absence de diagnostic avec effet sur la capacité de travail et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail susmentionnés que l'experte a retenus, étant

précisé par l'experte que ces derniers représentent tout au plus des facteurs de risque cardiovasculaires (TAF pce 74 p. 31).

#### **E. 14.1.2**

En ce qui concerne les points litigieux, il sied de remarquer dans un premier temps que l'anémie signalée par une seule médecin traitante, la Dresse P. \_\_\_\_\_ (rapports des 29 juillet [OAIE pce 19] et 24 octobre 2011 [OAIE pce 118]) n'est pas relevée par l'experte lors de son examen. Cependant, les symptômes de cette maladie, une fois traitée, disparaissent en général au bout de quelques mois. De la sorte, il peut être considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que celle-ci n'existait plus au jour de l'expertise pluridisciplinaire. Il en va de même, là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante, de la dyspepsie et d'autres spécificités modifiant les fonctions de l'estomac, dont il n'a fait état qu'une fois en 2011 (rapport du 24 octobre 2011 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 118]) et que l'experte indique d'ailleurs en tant qu'antécédent personnel (voir TAF pce 74 p. 24). La Dresse L. \_\_\_\_\_ relève au demeurant, notamment un abdomen pléthorique souple indolore lors de son examen (p. 30). Par ailleurs, les diagnostics de dyslipidémie et de surpoids étaient déjà connus depuis 2011 et il n'existe à ce sujet pas de divergences entre l'experte et les médecins traitants. Quant au diabète non insulinodépendant, il n'a été découvert qu'en 2021, soit postérieurement à la décision dont est recours, de sorte qu'aucune pièce au dossier ne vient contredire ce diagnostic. Au surplus, l'experte fait état d'un traitement antidiabétique oral bien toléré avec une bonne réponse thérapeutique. Au final, ce diabète, tout comme la dyslipidémie et le surpoids n'ont, au niveau de la médecine interne, pas d'effet sur la capacité de travail du recourant. De façon générale, l'experte relève encore que les facteurs de risque cardiovasculaire sont correctement pris en charge conjointement par le médecin généraliste et le cardiologue traitants. En conclusion, il n'existe pour les diagnostics connus lorsque la décision entreprise a été rendue, pas de divergences d'opinion sur le plan de la médecine interne entre l'experte et les médecins traitants.

C-5350/2018 Page 26

#### **E. 14.1.3**

Fort de ces constats dûment motivés, c'est ainsi de façon convaincante que l'experte interniste souligne d'une part, que tous les diagnostics qu'elle retient restent non-incapacitants et non-déterminant dans l'évolution de l'état de santé de l'expertisé entre 2013 et 2018. D'autre part, elle indique que sur le plan de la médecine interne, aucune limitation fonctionnelle n'a été objectivée et qu'ainsi l'expertisé jouit d'une pleine capacité de travail dans toute activité (TAF pce 74 p. 34 ss).

#### **E. 14.1.4**

En conséquence, il y a lieu de remarquer que les exigences posées par la jurisprudence en matière de rapports d'expertise sont remplies en l'espèce et qu'il doit être conféré pleine valeur probante à l'expertise de médecine interne. L'état de santé du recourant n'a pas connu sur le plan de la médecine interne, de modification propre à motiver une révision du taux d'invalidité entre 2013 et 2018.

#### **E. 14.2**

S'agissant des troubles cardiologiques du recourant, l'expert cardiologue, le Dr N. \_\_\_\_\_, dans l'expertise y relative n'a, après avoir entrepris un entretien approfondi

prenant en considération des indications fournies spontanément par l'assuré (TAF pce 74 p. 57 à 60) et un examen réalisé sur la personne du recourant (p. 60 à 63), posé aucun diagnostic avec ré- percussion sur la capacité de travail ; il a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un infarctus du myocarde non susST (I214), un stent coronaire droit distal (I251) et un déconditionnement à l'ef- fort (T733). Il a ajouté que ces diagnostics n'interagissaient pas entre eux et rappelé l'absence de ralentissement fonctionnel du problème cardiaque du recourant avec état consolidé deux mois après l'épisode aigu (p. 64).

#### **E. 14.2.1**

Les examens effectués par l'expert cardiologue sont décrits en particulier pour le status cardiologique qui est de son ressort, dans des cha- pitres intitulés « 4.3.1 Status » et « 4.3.2 Examens complémentaires » (TAF pce 74 p. 61 ss). Ainsi, en plus d'une auscultation cardiaque et pul- monaire, le Dr N.\_\_\_\_\_ a procédé à un échodoppler cardiaque (avec mesure et calcul mode 2 D/TM, puis mesure et calcul doppler), ainsi qu'à une ergométrie (avec épreuve d'effort sur cyclo ergomètre en position semi couchée avec mise en place des électrodes). Ses investigations sont donc complètes. Au niveau des observations approfondies qui ont pu en être tirées, il ressort du rapport d'expertise cardiologique que le recourant pré- sente une tension artérielle de 126/76 et un pouls régulier à 70/min. Ces chiffres entrent dans la norme. L'auscultation cardiaque est qualifiée de normale sans souffle avec bruits du cœur normaux. Il en va de même de l'auscultation pulmonaire, qui est sans bruits surajoutés. L'expertisé n'a pas d'œdème des membres inférieurs et le foie est non-perçu. Le

C-5350/2018 Page 27 Dr N.\_\_\_\_\_ relève encore une absence de séquelles d'infarctus du myo- carde. (p. 61). Les mesures faites lors des examens complémentaires sont retranscrites tant au niveau du mode 2 D/TM (p. 61 s.) que du calcul dop- pler (p. 62), notant pour la plupart des postes une absence d'anomalie, si ce n'est une insuffisance tricuspide 2,23 m/s gradient à 20 mm de mercure et une discrète hypokinésie inférieure avec strain globale longitudinale à - 13,4 % modérément diminué (p. 62). Sur cette base, l'expert cardiologue conclut à des séquelles minimales d'infarctus inférieur avec discret remode- lage du ventricule gauche, à une fraction d'éjection en biplan à 56,9 % avec volume télédiastolique à 109 ml, à une strain globale longitudinale à - 13,4 %, à l'absence de fuite valvulaire, à un trouble de la relaxation du ventricule gauche et doppler mitral de type 1, sans argument pour une élé- vation des pressions de remplissage avec pressions pulmonaires normales (p. 62). S'agissant de l'ergométrie, l'expert note notamment un arrêt dû à une dyspnée à l'effort et une fréquence maximale de 129 battements par minute, soit 81 % de la fréquence maximale théorique (p. 63). Il arrive ainsi à la conclusion que l'ECG d'effort est sous-maximal sous traitement bêta bloquer, négatif sur le plan clinique électrique, 125 W, 129 min avec mon- tée tensionnelle à 140/80, à l'absence d'anomalie du segment ST et d'arythmie, et à une impression clinique d'un déconditionnement à l'effort (p. 63). Ces conclusions sont donc complètes et expliquent pleinement les diagnostics que l'expert cardiologue pose ensuite avec (aucun) et sans ef- fet sur la capacité de travail de l'assuré (I214 Infarctus du myocarde non susST, I251 Stent coronaire droit distal, T733 Déconditionnement à l'effort), alors qu'il spécifie une non-interaction entre ces diagnostics et rappelle l'absence de retentissement fonctionnel du problème cardiaque de celui-ci avec état consolidé deux mois après l'épisode aigu (p. 64).

#### **E. 14.2.2**

Concernant les points litigieux, l'expert cardiologue relève qu'il n'y a pas d'élément d'incohérence à l'issue de l'expertise et que le recourant vit son quotidien sans décrire de limitations d'ordre cardiologique, le poids des souffrances étant ainsi absent (TAF pce 74 p. 65). Il y a lieu de relever à ce propos que le Tribunal de céans avait déjà constaté dans son arrêt de renvoi une absence de dégradation de la cardiopathie du recourant depuis la dernière décision entrée en force d'une manière propre à motiver une révision du taux d'invalidité (arrêt C-2394/2015 du 10 juillet 2017 con- sid. 7.1.2). Par ailleurs, le médecin cardiologue de l'intéressé signale de- puis lors un patient asymptomatique au niveau cardiovasculaire et men- tionne que la médication ordonnée jusque-là lui permet de mener une vie normale (cf. rapport du 23 janvier 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 166] ; cf. aussi imageries de cardiologie de la même date du Dr J. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 169]). Dans ses rapports E 213, la Dresse K. \_\_\_\_\_, dont on

C-5350/2018 Page 28 ignore la spécialisation, relève certes un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde inféro-latéral de Killip II, dans le vaisseau coronaire 1 stent an- gioplastie coronarienne percutanée et un Cd fraction d'éjection ventricu- laire 55 %, mais elle observe un état de stabilisation clinique et relève que la maladie ischémique chronique est stabilisée (OAIE pces 164 p. 3 et 9, et 177 p. 10). En somme, les médecins traitants et l'expert cardiologue s'accordent tous à dire que la cardiopathie est stabilisée et non-invalidante.

#### **E. 14.2.3**

Sur la base de ses observations, le Dr N. \_\_\_\_\_ retient de façon convaincante qu'il existe uniquement des diagnostics n'ayant pas de ré- percussion sur la capacité de travail (infarctus du myocarde non susST, stent coronaire droit distal et déconditionnement à l'effort). Le Tribunal ne discerne pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'arguments susceptibles de remettre en question la conclusion de l'expert, selon lequel le problème cardiaque se trouve dans un état consolidé deux mois après l'épisode aigu en 2011 sans retentissement fonctionnel sur l'état de santé du recourant (TAF pce 74 p. 64), pas plus qu'il n'existe de raisons de dou- ter de l'affirmation du praticien lorsqu'il juge que la capacité de travail de l'assuré est entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Au demeurant, le Tribunal constate qu'il n'y a pas eu de séquelles contre-indiquant la reprise de travail habituel dans les deux mois post-in- farctus. En conséquence, il convient avec l'expert de constater que seul un déconditionnement à l'effort s'est installé progressivement depuis 2013, en raison d'un manque d'activité au quotidien, sans effet sur le fonctionnement de l'assuré ni d'une intensité suffisante justifiant des limitations fonction- nelles impactant sa capacité de travail (TAF pce 74 p. 65 ss).

#### **E. 14.2.4**

Compte tenu de ce qui précède, l'expertise cardiologique doit se voir accorder pleine valeur probante, les exigences jurisprudentielles étant remplies. L'état de santé du recourant n'a pas rencontré au niveau de la cardiologie, de modification propre à justifier une révision du taux d'invali- dité entre 2013 et 2018.

#### **E. 14.3**

Sous l'angle orthopédique, l'expert orthopédiste, le Dr O. \_\_\_\_\_, a lors de son expertise, effectué un entretien approfondi prenant en compte les indications fournies spontanément par l'expertisé (TAF pce 74 p. 70 à 75) et un examen sur la personne ainsi que des examens radiologiques complémentaires (TAF pce 74 p. 75 à 80). Sur cette base, il a posé des diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose tibio-talienne de la cheville

gauche (M1987), de lésion du cartilage sous-chondral du condyle fémoral externe genou gauche (M879) et de séquelle de fracture de

C-5350/2018 Page 29 l'avant-bras (S529). Il a outre retenu des diagnostics sans effet sur la capacité de travail de coxarthrose débutante bilatérale (M169), de séquelles de fractures de métatarsiens pied droit (S923) et de hallus valgus pied droit (M201). Il a souligné que les troubles prédominent aux deux membres inférieurs avec une arthrose de cheville gauche et une lésion cartilagineuse du genou gauche, cette dernière n'entraînant pas de gêne majeure le jour de l'expertise, mais avec un potentiel d'évolution vers une arthrose dans le futur. Il a enfin spécifié que l'arthrose de la cheville droite est une complication connue et redoutable de ce type de fracture-luxation de l'astragale. La marche est très altérée et il n'y a pas d'amélioration à attendre spontanément dans les années futures (p. 80).

### **E. 14.3.1**

Quant aux examens réalisés par le Dr O. \_\_\_\_\_, ils ont consisté en ce qui concerne spécialement l'orthopédie en une investigation du statut ostéoarticulaire (comprenant un examen des genoux, des chevilles, des pieds, des hanches, des poignets, des coudes, des épaules, du rachis cervical et dorso-lombaire), couplée d'examens radiologiques complémentaires (TAF pce 74 p. 76 ss). Ils embrassent, partant, l'ensemble des articulations, à l'exception de celle – non pertinente en l'espèce – de la mâchoire. Si l'examen du pied gauche n'est pas mentionné expressément dans la liste dressée par l'expert (TAF pce 74 p. 76 ss), il y a toutefois lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a néanmoins été effectué. En effet, l'expert a procédé notamment à l'examen de la cheville gauche, relevant en particulier « pas de douleur provoquée à l'examen ». Il convient de considérer que « l'examen » dont il est question est identique à celui pratiqué sur la cheville droite mentionné dans l'expertise au paragraphe précédent ; à cet effet, le Tribunal remarque que l'expert orthopédiste lorsqu'il rapporte l'examen de la cheville droite a également étudié la mobilité des orteils et signalé que la palpation déclenchait une douleur à la face antérieure de l'articulation tibio-astragalienne à la palpation (TAF pce 74 p. 76). On peut donc partir du principe, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la même méthode d'examen a été appliquée à la cheville gauche lorsqu'il est indiqué qu'il n'y a pas eu de douleur provoquée à l'examen (TAF pce 74 p. 76). Ainsi, le Tribunal constate que les investigations effectuées dans le cadre de l'expertise orthopédique sont complètes. Plus particulièrement en ce qui concerne les observations faites par l'expert orthopédiste, il est rapporté que la marche sur la pointe des pieds est très difficile et impossible sur les talons. L'expert note par ailleurs une boiterie caricaturale à la marche. Les deux membres inférieurs sont signalés normo-axés et un hallux valgus important du pied droit est constaté, tout comme un accroupissement partiellement réalisé et doulou-

C-5350/2018 Page 30 reux (p. 76). Les examens des genoux ont donné des résultats comparables et identiques, à savoir quelques craquements à la mobilisation répétée, un épanchement intra-articulaire, l'absence d'instabilité antéro-postérieure, ni latérale, une mobilité présentant une flexion à 140° et une extension à 0° (p. 76). Pour la cheville droite, l'expert relève essentiellement une mobilité avec une flexion plantaire à 40° et un déficit d'extension de 30°, mais une mobilité conservée des orteils. Il n'existe pas de trouble de la sensibilité superficielle. Comme vu ci-dessus, la palpation déclenche une douleur à la face antérieure de l'articulation tibio-astragalienne. L'expert ne trouve pas d'instabilité latérale. S'agissant de la cheville gauche, il y a une flexion plantaire à 30° et une flexion

dorsale à 20°. En revanche, l'examen ne provoque pas de douleur. En rapport avec le pied droit, l'expert signale une absence de douleur à la palpitation au niveau du 5ème métatarsien, siège d'une ancienne fracture, mais une déformation cliniquement, ainsi qu'un hallus valgus (p. 76). Les résultats obtenus pour les autres articulations du corps susmentionnées sont retranscrits aux p. 77 et 78 de l'expertise orthopédique et ne démontrent pour l'essentiel pas de particularité, si ce n'est des paresthésies dans le 5ème doigt de la main droite et dans le coude, évoquant une possible compression du nerf ulnaire à ce niveau ; l'expert recommande alors un bilan neurologique avec ENMG mais sans urgence (p. 77). L'expert orthopédiste examine en complément d'une part une IRM du genou gauche du 4 décembre 2018 et relève une zone d'œdème osseux ainsi qu'une lésion du cartilage fémoral externe (p. 78). D'autre part, il évalue un bilan fait le lendemain de l'expertise orthopédique, en retenant des séquelles avec cal vicieux des métatarsiens III, IV et V de l'avant-pied droit, une absence de pincement articulaire net au niveau du genou gauche, une coxarthrose juste débutante bilatérale au niveau du bassin, une marche d'escalier du toit de l'astragale avec effondrement de son corps sur l'incidence de profil, ainsi que des remaniements dégénératifs diffus sur la cheville gauche, et un cal vicieux radius et cubitus s'agissant de l'avant-bras (p. 79). Ces observations, qui se révèlent être approfondies, justifient les diagnostics avec (arthrose tibio-talienne de la cheville gauche M1987, lésion du cartilage sous-chondrale du condyle fémoral externe genou gauche M879 et séquelle de fracture de l'avant-bras S529) et sans effet (coxarthrose débutante bilatérale M169, séquelles de fractures de métatarsiens pied droit S923 et hallus valgus pied droit M201) sur la capacité de travail du recourant susmentionnés posés par l'expert orthopédiste (p. 80 ; voir supra consid. 15.3). Le Tribunal remarque que le Dr O.\_\_\_\_\_ ne retient pas de diagnostic propre aux paresthésies dans le 5ème doigt de la main droite. L'expert continue en précisant que les troubles prédominent aux deux membres inférieurs avec une arthrose de la cheville gauche et une lésion cartilagineuse du genou gauche, mais que

C-5350/2018 Page 31 cette dernière n'entraîne pas de gêne majeure mais avec un potentiel d'évolution vers une arthrose dans le futur. Il ajoute que l'arthrose de la cheville droite est une complication connue et redoutable de ce type de fracture-luxation, que la marche est très altérée et qu'il n'y a pas d'amélioration à attendre spontanément dans les années futures (p. 80).

#### **E. 14.3.2**

Les pathologies objectivées par l'expert orthopédiste rejoignent, pour la plupart, celles retenues par les autres médecins spécialistes et généralistes. L'expert relève en effet une lésion du cartilage sous-chondral du condyle fémoral externe du genou gauche, tout comme le Dr C.\_\_\_\_\_ (qui utilise le terme de chondromalacie de la rotule gauche : OAIE pce 178), le Dr D.\_\_\_\_\_ (qui parle de fracture chondrale sur la face articulaire du condyle externe, à une méniscopepathie interne et externe de degré I et un épanchement articulaire: TAF pce 9) ou encore le Dr Q.\_\_\_\_\_ (qui relate une fracture sous-chondrale dans le contexte d'une ostéonécrose affectant le condyle fémoral : OAIE pce 179). L'expertise ne mentionne en revanche plus le diagnostic de condyle fémoral du genou droit retenu par la Dresse K.\_\_\_\_\_ dans ses rapports E 213 des 22 février et 22 mai 2018 (OAIE pces 164 p. 9 et 177 p. 10). Cette divergence est toutefois explicitée dans le consilium interdisciplinaire en ce sens que l'arthrose du genou droit douloureuse serait débutante et aurait été traitée par une infiltration en 2018 qui l'aurait bien soulagée, avec depuis

seulement des douleurs occasionnelles (TAF pce 74 p. 92). D'autres pathologies diagnostiquées par l'expert sont déjà connues et relevées par les médecins traitants comme l'arthrose tibio-talienne de la cheville gauche, la séquelle de fracture de l'avant-bras, les séquelles de fractures de métatarsiens du pied droit ou l'hallus valgus du pied droit (voir notamment le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 179] et les rapports E 213 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ [OAIE pces 164 et 177]). De surcroît, le Dr O. \_\_\_\_\_ indique une nouvelle atteinte, une coxarthrose débutante bilatérale au niveau du bassin après examen d'un bilan du 7 avril 2022 (TAF pce 74 p. 79), la considérant cependant comme non-incapacitante (TAF pce 74 p. 80).

### **E. 14.3.3**

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a relevé que, si une activité professionnelle de substitution est possible, elle devrait l'être essentiellement en position assise, tout en permettant de brefs déplacements et un port de charge ponctuel de 5 kg au vu de la corpulence de l'assuré, sans devoir rester en position debout statique plus de 5 minutes, sans déplacement répété dans des escaliers compte tenu des lésions du genou et de la cheville ; de même, il convient d'éviter les mouvements de prosupination répétés (TAF pces 74 p. 82 et 84). Force est de constater

C-5350/2018 Page 32 que ces limitations sont fort semblables à celles figurant dans les prises de position du service médical de l'OAIE des 16 mars et 2 mai 2013 et de la motivation de la décision de cette dernière autorité rendue en 2013 (OAIE pces 54 p. 2, 57 p. 2 et 63 p. 2), si ce n'est que ces dernières retenaient encore à l'époque une activité devant être à l'abri du froid et de l'humidité. Cette légère différence, au demeurant négligeable, ne saurait justifier une modification propre à influencer le droit à la rente depuis 2013. Par contre, une divergence existe au niveau de la capacité de travail dans l'activité habituelle, évaluée en 2013 à 20%, alors que l'expert l'exclut totalement depuis octobre 2013. Cependant, cette différence est explicitée de manière probante par l'expert, lequel relève que l'assuré ne peut plus exercer d'activité professionnelle en position debout ou nécessitant la marche en raison de l'arthrose de la cheville gauche et de l'arthrose des articulations adjacentes (TAF pce 74 p. 83). Or, la dernière activité exercée par l'expertisé est celle de gérant de bar-restaurant, activité professionnelle réalisée, comme le mentionne au demeurant l'expert, uniquement en position debout, rendant impossible une reprise de celle-ci (TAF pce 74 p. 83). Par ailleurs, en 2018, le taux de 0% de capacité de travail dans l'activité habituelle retenu par l'expert apparaît convaincant dans la mesure où celui-ci explique que cette activité professionnelle, d'une part, ne peut être réalisée qu'en position debout, et que, d'autre part, les troubles à la marche et le bilan articulaire réalisé pour la cheville et constatés au jour de l'expertise empêchent toute reprise de celle-ci (TAF pce 74 p. 83).

### **E. 14.3.4**

Enfin, si l'expert note, comme relevé ci-dessus, qu'il n'y a définitivement pas de reprise possible dans la dernière activité de gérant de bar-restaurant exercée par l'assuré, laquelle s'exerce uniquement en position debout, il relève, compte tenu des douleurs à la cheville et au genou et des difficultés de déplacement nécessitant un temps de repos supplémentaire, la possibilité de pratiquer une activité adaptée à son état de santé à raison de 5,6 heures par jour, soit avec une diminution de rendement de 30 % (TAF pce 74 p. 84). Ce faisant, l'expert, se fondant sur des constatations motivées a de manière convaincante, tenant

compte des diagnostics, des limitations fonctionnelles précitées et de la nécessité pour l'assuré d'effectuer quelques minutes de pause pour faire des mouvements d'assouplissement toutes les deux heures (TAF pce 74 p. 84), retenu un taux de travail de 70 % dans une activité adaptée. Aucune pièce au dossier ne permet de remettre en question l'appréciation de l'expert sur ce point.

#### **E. 14.3.5**

Partant, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante sont pleinement respectés par l'expertise orthopédique et ses conclusions peuvent être reprises. Le recourant présentait à la date de l'expertise une

C-5350/2018 Page 33 incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

#### **E. 15**

Sur le plan psychiatrique, le Tribunal retient ce qui suit.

#### **E. 15.1**

L'expert psychiatre, le Dr M. \_\_\_\_\_, a mené un entretien approfondi tenant compte d'indications fournies spontanément par l'expertisé (TAF pce 74 p. 38 à 44) et un examen concernant le recourant (TAF pce 74 p. 45 s.). Ce faisant, il n'a pas retenu de diagnostic, que ce soit avec ou sans effet sur la capacité de travail (TAF pce 74 p. 47).

#### **E. 15.1.1**

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. 15.1.2**

Dans l'approche 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

C-5350/2018 Page 34 b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en

vue du traitement et de la réadaptation

### **E. 15.1.3**

Le Tribunal 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. 15.1.4**

L'examen opéré par l'expert psychiatre a commencé par un entretien approfondi avec l'assuré (TAF pce 74 p. 38 à 44) qui passe en revue les éventuels symptômes de la lignée dépressive, hypomaniaque et maniaque, anxieuse, et psychotique, de déficit de l'attention, du sommeil, de troubles extrinsèques du sommeil, de trouble alimentaire, de la personnalité, ainsi que de consommations et d'addictions, tout en relatant ensuite l'anamnèse scolaire et professionnelle, sociale, le quotidien du recourant et l'absence de traitement y compris médicamenteux depuis cinq à six ans, et enfin l'inexistence d'incohérences remarquées. L'entretien est suivi d'observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure de celui-ci (TAF pce 74 p. 45) et de constatations lors de l'examen quant au status du recourant (TAF pce 74 p. 45 et 46). Le médecin a en outre indiqué qu'il n'y avait pas d'examens complémentaires, car aucun traitement psychiatrique n'était en cours s'agissant du recourant et donc, il n'y avait pas de dosage laboratoire, pas plus qu'il n'y avait de bilan neuropsychologique ou de contacts avec des tiers dans la mesure où aucun suivi psychiatrique n'avait eu lieu depuis cinq à six ans (TAF pce 74 p. 46). Il y a lieu dès lors

C-5350/2018 Page 35 de constater qu'en étudiant chaque lignée de symptômes d'ordre psychiatrique, point par point, susceptibles d'être présents chez un-e patient-e, l'expert a procédé à des examens complets.

### **E. 15.1.5**

Les observations obtenues par l'expert sont rapportées dans une section « 4. Constatations » (TAF pce 74 p. 45 s.). Ainsi, celui-ci relève, en rapport avec le comportement de l'expertisé et son apparence extérieure, que ce dernier présente, entre autres, à l'arrivée, au cours et à la fin de l'entretien un niveau de stress stable et bas, une tenue vestimentaire et une hygiène soignées, une démarche hésitante, un premier contact naturel, une voix au ton affirmé et clair ainsi qu'ayant un débit dans la norme, une gestuelle fluide et un peu excitée que l'expert met sur le compte d'un contexte culturel, et une bonne collaboration, le recourant exprimant facilement ses pensées et ses émotions (TAF pce 74 p. 45). Lors de l'examen en tant que tel, le Dr M. \_\_\_\_\_ signale que l'assuré ne présente pas de trouble de la vigilance ni de l'attention, étant orienté dans le temps et l'espace. La mémoire immédiate et à long terme sont dites conservées (TAF pce 74 p. 45). Il relève au surplus que le cours de la pensée de l'expertisé est dans la norme, celui-ci étant capable de répondre aux questions en restant sur le sujet investigué, sans digression. Le contenu de la pensée est signalé dans la norme. Aucune rumination, pensée obsessionnelle, idée délirante, illusion, hallucination

auditive, visuelle, tactile ou cénesthésique n'est relevée. La conscience de soi est présente, une perturbation de l'image corporelle ou une dépersonnalisation n'existant pas. L'expert ajoute qu'il n'y a pas d'émoussement ou d'abrasion des affectes qui sont appropriés, pas plus que de labilité émotionnelle ou d'irritabilités. L'image de soi, l'estime de soi et la confiance en soi sont conservées. Le recourant n'exprime pas de sentiments de culpabilité, mais fait preuve de légères idées de dévalorisation et d'une attitude globalement pessimiste. Il est peu expressif, mais globalement calme, étant précisé que l'expert parle d'une agitation plus culturelle avec une discussion également par les gestes et que l'humeur est neutre. Le comportement est qualifié d'approprié. Il n'y a pas d'élément lié à une compulsion ni à une impulsion (TAF pce 74 p. 46). L'expert psychiatre insiste sur le fait qu'aucun traitement psychiatrique n'est en cours, de sorte qu'il n'y a pas d'examens complémentaires par dosage laboratoire ; il n'y a pas de bilan neurologique, ni de contact avec des tiers dans la mesure où il n'y a plus eu de suivi psychiatrique depuis cinq à six ans (TAF pce 74 p. 46). Si l'on ajoute à ces constatations les éléments relevés lors de l'entretien (avec catégories de troubles psychiatriques), il convient de constater que les observations du Dr M. \_\_\_\_\_ sont approfondies.

C-5350/2018 Page 36

#### **E. 15.1.6**

L'expert psychiatre étudie de façon circonstanciée les points litigieux dans le cadre de son « résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de la situation psychique, sociale et médicale actuelle » (TAF pce 74 p. 48 ss). Il expose à raison les avis de ses confrères et collègues exprimés dans le passé, dont certains avaient retenu une dépression (Dresse P. \_\_\_\_\_ [rapports des 29 juillet 2011 ; OAIE pce 19 ; et 24 octobre 2011 ; OAIE pce 118]) ou un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs anxieux (Dr R. \_\_\_\_\_ [rapport psychiatrique daté du

#### **E. 15.1.7**

Le recourant ne présentant selon l'expert que de légères idées de dévalorisation et une attitude globalement pessimiste, on comprend aisément que ce dernier n'ait pas retenu, du point de vue psychiatrique, de diagnostic ni avec ni sans effet sur la capacité de travail du recourant (TAF pce 74 p. 47). Si l'expert relève que l'assuré a probablement présenté un trouble de l'adaptation, voire une dépression dans les deux-trois premières années à la suite de son infarctus en 2011, suite notamment à des facteurs de stress, comme le divorce ou des éléments de stress professionnel (TAF pce 74 p. 54), tel n'est plus le cas. Il y a en effet lieu de retenir, comme le précise l'expert, qu'un trouble de l'adaptation ne peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus être présent, dans la mesure où

C-5350/2018 Page 37 une telle pathologie ne dure en général pas plus de 6 mois après la disparition du facteur de stress ou ses conséquences (ici l'infarctus du myocarde au mois de février 2011). Au demeurant, même si, par hypothèse non réaliste en l'espèce, l'on admettait un tel trouble, l'on en tirerait la même conclusion, dans la mesure où tous les médecins s'étant prononcés sur ce plan peu avant que la décision litigieuse ne soit rendue, ont indiqué que ledit trouble était en état de stabilisation et non-incapacitant. Il en va de même pour la dépression relevée dans un premier temps par certains médecins, mais plus par les médecins traitants s'étant exprimés par la suite ; l'intéressé ne suit par ailleurs plus de traitement psychiatrique depuis plusieurs années. En définitive, les conclusions de l'expert sont dûment motivées et il n'y a pas eu de modification de l'état de santé sous

l'angle psy- chiatrique, comme déjà constaté dans l'arrêt de renvoi du TAF (C- 2394/2015 consid. 7.1.1).

### **E. 15.1.8**

S'agissant des indicateurs de la grille d'évaluation développée par la jurisprudence du Tribunal fédéral, il sied de relever que pour le complexe « a. atteinte à la santé » de la catégorie « degré de gravité fonctionnel », l'expert psychiatre s'attache à l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic (indicateur i.), en particulier lorsqu'il entreprend l'anamnèse sys- tématique en présentant chaque lignée de symptômes de type psychia- trique et en déclinant les sous-aspects (par exemple pour les symptômes de la lignée dépressive, il commence par l'humeur dépressive, puis intérêts et plaisirs, etc. [TAF pce 74 p. 39]). Il réexamine ensuite cela dans le cadre de son examen relatif au status (TAF pce 74 p. 45 s. ; pour les différents éléments relevés par l'expert, voir supra consid. 15.1.5). Il explique aussi notamment les éléments déterminants pour un trouble de l'adaptation mixte, tout en indiquant qu'il ne peut en valider aucun dans le cas du re- courant, les critères n'étant plus remplis (TAF pce 74 p. 50 ; voir aussi les autres observations : TAF pce 74 p. 50 s.). En ce qui concerne l'indicateur « ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard », il est signalé que le recourant n'a, au moment de l'expertise, aucun recours à des soins psy- chiatriques (cela fait plus de cinq à six ans [TAF pce 74 p. 46]). Par ailleurs, l'expert relève à juste titre, également pour l'indicateur « iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard », qu'il n'y a aucune mesure médi- cale ni de mesure de réadaptation à commenter dans le cas du recourant (TAF pce 74 p. 51), n'ayant pas pu retenir de diagnostic d'ordre psychia- trique, faute d'impact d'élément psychiatrique (TAF pce 74 p. 47 et 51). Pour l'indicateur « iv. Comorbidités », l'expert n'en parle pas à raison en l'absence de tout diagnostic psychiatrique. En lien avec le complexe « b. « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources person- nelles) », l'expertise psychiatrique rapporte – comme vu plus haut – que le

C-5350/2018 Page 38 recourant n'a pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonna- lisation (TAF pce 74 p. 46), et ne présente ainsi aucun élément ni de dia- gnostic de la personnalité (TAF pce 74 p. 42 et 52). Les ressources sont exposées abondamment à plusieurs endroits dans le rapport (anamnèse sociale [TAF pce 74 p. 43], résumé de l'évolution [TAF pce 74 p. 51], ap- préciation des capacités, ressources, difficultés et limitations fonctionnelles [TAF pce 74 p. 52]). La mère du recourant lui met à disposition l'apparte- ment et effectue les dépenses au quotidien, l'intéressé n'ayant rien à dé- bourser. Les aptitudes relationnelles semblent bonnes, l'expertisé ayant des contacts avec sa sœur et entretenant des contacts sociaux avec des amis. Au niveau de ses capacités, l'expert indique qu'elles semblent pré- sentes dans ses activités, ses relations, mais il a peu de hobby. Les diffi- cultés rencontrées proviennent de l'absence de formation professionnelle (TAF pce 74 p. 52). Enfin, concernant le complexe c. « contexte social », il est rapporté dans l'anamnèse sociale (TAF pce 74 p. 43 s.) et apprécié comme semblant exister et suffire à l'assuré (TAF pce 74 p. 52). En con- clusion, il faut retenir, avec l'expert, que le degré de gravité fonctionnel du recourant est inexistant. Pour la catégorie « B. « cohérence » (point de vue du comportement) », le Dr M.\_\_\_\_\_ juge qu'il n'y a aucun impact d'élément psychiatrique, aucun diagnostic à retenir à ce moment, et que le bénéfice secondaire est claire- ment explicité par l'assuré, lequel pense qu'il devrait être déclaré invalide, comme en Espagne, comme il l'a dit à plusieurs reprises dans ses témoi- gnages par ses lettres dans le dossier AI (TAF pce 74 p. 51). L'expert ex- pose en outre qu'il n'y a

pas divergence entre les plaintes et l'attitude de l'intéressé. Enfin, il mentionne que l'expertisé n'est pas particulièrement démonstratif, qu'il y a une légère augmentation des symptômes, mais le recourant est assez fidèle semble-t-il à ce qu'il ressent, car pendant l'entretien il ne simule pas, ni n'exagère pas (TAF pce 74 p. 52). S'agissant de l'indicateur « a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie », l'expert psychiatre déclare qu'il n'y a pas de limitation sur le plan privé ou professionnel (TAF pce 74 p. 52). En relation enfin avec l'indicateur « b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation », il n'y en a pas à évoquer sur le plan psychiatrique selon le spécialiste (TAF pce 74 p. 52). Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate qu'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 des éventuelles pathologies psychiatriques a été mise en œuvre par l'expert psychiatre et que les réquisits jurisprudentiels en matière de rapport psychiatrique sont pleinement

C-5350/2018 Page 39 respectés. Autrement dit, il convient d'accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique et à ses conclusions. Le recourant n'a pas connu de dégradation de sa santé psychique depuis la dernière décision de 2013. Comme le relève l'expert, le recourant jouit sur le plan psychiatrique d'une capacité de travail totale tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (TAF pce 74 p. 53). Bien qu'il fasse remonter ce caractère entier en tout cas depuis 2016-2017, date à laquelle l'assuré arrête son suivi et son traitement, et qu'il n'arrive pas obtenir les éléments d'informations quant à une amélioration antérieure, il signale que l'expertisé a évoqué le fait qu'il ne voyait sa psychologue plus qu'une fois toutes les trois à quatre semaines, et qu'il l'avait peu vue dans sa totalité, ce qui revenait à dire qu'il était probablement déjà mieux avant 2016-2017. Le moment exact peut toutefois rester ouvert, dans la mesure où, au degré de la vraisemblance prépondérante, une dégradation n'apparaît nulle part au dossier et que l'arrêt de renvoi du TAF (C-2395/2015) en avait déjà constaté l'inexistence en 2017.

## **E. 16**

janvier 2018 ; OAIE pce 165] ; Dresse K. \_\_\_\_\_ [rapports E 213 des 2 février 2018 ; OAIE pce 164 ; et 22 mai 2018 ; OAIE pce 177]). Tous les médecins s'accordent sur l'origine du trouble qui est l'affection cardiaque de février 2011 et en particulier les incidences qu'il a eues sur sa vie privée, professionnelle et familiale. Par ailleurs, l'expert explique que le trouble de l'adaptation mixte retenu par d'autres médecins, lesquels l'envisage sur plusieurs années, est dans ces circonstances difficile à valider (TAF pce 74 p. 50 ; voir aussi p. 55). Il souligne que la situation socio-économique est la même au jour de l'expertise que lors de l'octroi du quart de rente depuis février 2012, l'expertisé se décrivant uniquement labile au niveau de l'homme avec des hauts et des bas, mais s'en plaignant plus, disant même qu'il y a pris habitude. Il n'y a aucun élément comportemental à décrire face à la maladie. L'expert énumère encore les ressources (mère, sœur, amis ; p. 51).

### **E. 16.1**

D'un point de vue interdisciplinaire, les experts ont, dans le cadre d'un consilium (TAF pce 74 p. 89 ss), discuté les résultats respectifs obtenus et retenu des diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'arthrose tibio-talienne de la cheville gauche (M1987), de lésion du cartilage sous-chondral fémoral externe du genou gauche (M879) et une séquelle de fracture de l'avant-bras (S529) ; ils ont en outre fixé des diagnostics sans impact sur la capacité de travail de diabète non insulino-dépendant traité par monothérapie (E11), de

dyslipidémie (E78), de surpoids (E66.93), d'infarctus du myocarde non susST (I214), de stent coronaire droit distal (I251), de déconditionnement à l'effort (T733), de coxarthrose débutante bilatérale (M169), de séquelles de fractures de métatarsiens pied droit (S923) et de hallus valgus pied droit (M201). Ils ont mentionné que le diabète, la dyslipidémie et le surpoids étaient des facteurs de risque sur le plan cardiovasculaire et que les douleurs articulaires ne favorisaient pas le reconditionnement (TAF pce 74 p. 92 s.). En résumant soigneusement l'évolution de la maladie selon les différentes disciplines et en reprenant fidèlement les diagnostics qui y ont été posés, le consilium bénéficie également d'une pleine et entière valeur probante sur ces points. Au surplus, si le consilium retient deux nouveaux diagnostics avec effet sur la capacité de travail (lésion du cartilage sous-chondral fémoral externe du

C-5350/2018 Page 40 genou gauche et une séquelle de fracture de l'avant-bras) par rapport à la dernière décision de 2013 (cf. en particulier OAIE pce 57), il n'en demeure pas moins que leur impact ne peut se répercuter durablement que sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, dans la mesure où les experts n'ont reconnu une diminution de la capacité de travail que s'agissant de l'activité habituelle ; dans une activité adaptée, elle n'en est pas affectée. Au surplus, il ressort du dossier que la fracture de l'avant-bras remonte à l'accident de 1988 (cf. notamment OAIE pce 164). Enfin, on notera que l'hallus valgus du pied droit nouvellement diagnostiqué, est considéré par les experts comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant.

#### **E. 16.2**

Au niveau des limitations fonctionnelles, le consilium interdisciplinaire rappelle qu'aucune n'a été retenue dans les domaines de la médecine interne, de la cardiologie et de la psychiatrie, mais que le poids des souffrances existe bien du point de vue orthopédique en limitant l'assuré de façon similaire dans tous les domaines comparables de la vie. Toutefois, les limitations présentes permettent à celui-ci de fonctionner dans son quotidien, certes de façon restreinte (TAF pce 74 p. 95). De surcroît, il est souligné que le recourant ne prend pas de traitement antalgique et que le traitement psychiatrique a été interrompu, tout en précisant qu'il s'agit d'éléments parlant en faveur d'un faible poids des souffrances (TAF pce 74 p. 96). Comme il a été vu plus haut (cf. consid. 14.1.3, 14.2.3, 14.3.3 et 15.1.8), les limitations fonctionnelles fixées dans les expertises spécifiques sont en adéquation avec celles retenues en 2013, sous réserve de deux limitations négligeables en l'espèce (froid et humidité à éviter) qui plaident plutôt en faveur d'une amélioration de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision de 2013.

#### **E. 16.3**

Enfin, par rapport à la capacité de travail, le consilium rapporte de façon fidèle que les experts l'ont évalué dans l'activité habituelle à 0 % depuis octobre 2013 et dans une activité adaptée de 0 % de novembre 2013 à mai 2014, puis de 70 %, pour des motifs tenant aux seules atteintes orthopédiques. Dans le domaine cardiologique, l'incapacité de travail ne fut que transitoire, et sur le plan psychiatrique, il n'y en a plus depuis au moins 2016-2017 (TAF pce 74 p. 96).

#### **E. 16.4**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal remarque, avec l'autorité inférieure et son service médical, que le rapport d'expertise judiciaire, auquel il convient d'attribuer pleine valeur probante, ne fait pas état de modification de l'état de la santé et de limitations fonctionnelles

depuis 2013 (date de la dernière décision) propre à modifier le droit à la rente du recourant. Seule

C-5350/2018 Page 41 une différence, explicitée ci-dessus, apparaît, sur le plan orthopédique, au niveau de la capacité de travail dans l'activité habituelle entre les moments comparés, de 20 % en 2013 à 0 % en 2018 (sur ce dernier point, cf. consid. 14.3.3).

#### **E. 16.5**

Le niveau d'incapacité de travail dans une activité adaptée ne variant pas entre les moments comparés, il faut remarquer que le taux d'invalidité n'a pas changé depuis la dernière décision de 2013 (cf. évaluation de l'invalidité – application de la méthode générale du 31 mai 2013 ; OAIE pce 59). Pour le surplus, le Tribunal n'identifie pas d'éléments du calcul qui l'inciterait à procéder à un examen d'office de celui-ci, ce dernier ayant acquis force de chose décidée et semblant correct dans son résultat.

#### **E. 17**

Les décisions prises par la sécurité sociale espagnole ne liant pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir supra consid. 4.1.1), le grief du recourant selon lequel il conclut implicitement qu'il devrait se voir reconnaître un taux d'invalidité équivalent à celui qui lui est reconnu depuis 2012 en Espagne doit dès lors être rejeté. Au demeurant, le Tribunal précise que selon le droit suisse le fait de présenter une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle ne suffit pas en soi à être considéré invalide. Enfin, les griefs de l'intéressé quant à son âge et à sa prétendue difficulté à travailler dans un autre domaine que celui de son activité habituelle ne sont pas pertinents en l'espèce et doivent également être rejetés. En effet, le recourant, qui avait 58 ans au moment de la décision litigieuse, ne présentait pas un âge avancé au sens de la jurisprudence pouvant entrer en considération pour l'octroi de prestations (cf. notamment ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; pour une casuistique : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5, 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7, 9C\_46/2019 du 27 juin 2019 consid. 5, 9C\_391/2017 du 27 novembre 2017 et 9C\_536/2015 du 21 mars 2016 consid. 4). Au surplus, ses éventuelles difficultés à trouver une activité adaptée ne peuvent convaincre dans la mesure où cet argument constitue un facteur étranger à l'invalidité.

#### **E. 18**

En outre, il rappelle que la conclusion du recourant tendant à se faire examiner par des médecins en Suisse, afin que ceux-ci puissent prendre la bonne décision, a été satisfaite par la réalisation de l'expertise médicale judiciaire et est de ce fait devenue sans objet.

C-5350/2018 Page 42

#### **E. 19**

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

#### **E. 20**

Il reste à examiner la question de la prise en charge des frais de procédure et des dépens ainsi que des frais d'expertise de Fr. 21'846,80 du CEM E. \_\_\_\_\_ et qui y sont liés (hébergement, déplacement jusqu'au lieu de l'expertise et retour, etc.) de Fr. 465,25 et de Fr. 453,75 (TAF pces 69 et 89).

### **E. 20.1**

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 800.– (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

### **E. 20.2**

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

### **E. 20.3.1**

Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sont mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 496 consid. 4.4). En effet, l'autorité de recours intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui, en principe, aurait dû mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assureur social (ATF 139 V 496 consid. 4.3 et 4.4, 137 V 210 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_469/2017 du 10 janvier 2018 consid. 5.1). Tel sera notamment le cas lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a).

C-5350/2018 Page 43

### **E. 20.3.2**

En l'occurrence, l'expertise médicale judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative, en particulier la non mise en place d'une nouvelle expertise orthopédique qui répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et qui établit s'il existe une aggravation de la santé du recourant selon l'AI, alors que cela avait été ordonné par le 1er arrêt de renvoi du TAF (C-2394/2015 du 10 juillet 2017). Dans cette configuration, il existe un lien entre ce défaut d'instruction et la mise en place de l'expertise judiciaire. Dès lors, les frais de Fr. 21'846,80 + 465,25 + 453,75 sont à la charge de l'autorité inférieure.

C-5350/2018 Page 44

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