

BVGer C-5634/2021 vom 16. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5634_2021_d20211116

FR: TAF C-5634/2021 du 16 novembre 2021

IT: TAF C-5634/2021 del 16 novembre 2021

Regeste

Droit ` la rente | Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 16 novembre 2021)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

C-5634/2021 Page 6 assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 10 et 13), le recours est recevable.

E. 2

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 16 novembre 2021, rejetant la demande de prestations du 8 août 2020, au motif que l'assuré peut notamment exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé à 70 %.

E. 2.2

; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans les- quelles l'assuré se borne à répéter les

mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier, par analogie avec l'art. 17 LPGA, que la modification du degré d'invalidité est réellement intervenue (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1).

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, no 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER / MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 no 1.55).

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 16 novembre 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de

C-5634/2021 Page 7 recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

E. 4.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 16 novembre 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 16 novembre 2021 (cf. ci-dessus, let. C.b) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

E. 4.3

Le recourant étant un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE)

C-5634/2021 Page 8 n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant 64 mois. Il remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (cf. ci-dessus, let. A.a). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse.

E. 6.1

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

personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant

C-5634/2021 Page 9 d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

E. 6.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

E. 6.3

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

E. 6.4

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux

C-5634/2021 Page 10 revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 6.5.1

Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que dans la mesure où l'assuré rend plausible

que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI ; ATF 130 V 71 consid.

E. 6.5.2

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (notamment : arrêts du TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

C-5634/2021 Page 11 Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

E. 6.6

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

E. 7.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

E. 7.2

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion

C-5634/2021 Page 12 d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). 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 TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 7.3

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. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 7.3.1

Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33).

C-5634/2021 Page 13

E. 7.3.2

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison

de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI n° 48 et 49).

E. 7.3.3

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. Le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve. En outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43). Les prises de position du service médical interne de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. A l'instar des rapports des services médicaux régionaux (SMR) au sens de l'art. 49 al. 1 RAI, ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, mais elles portent une appréciation sur celles déjà

C-5634/2021 Page 14 existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé, par ailleurs stabilisé, de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43).

E. 8.1

En l'espèce, dans le contexte des art. 87 RAI et 17 LPGA, il faut admettre que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré et que ce dernier a rendu plausible la modification de son état de santé depuis la décision de novembre 2018, le formulaire E 213 ES du 18 septembre 2020 (OAIE pce 7) mettant notamment en relief une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, causant des limitations fonctionnelles plus importantes – comparativement à novembre 2018 – au niveau des genoux et des poignets en particulier (cf. également rapport du Dr J. _____ du 9 septembre 2021 [OAIE pce 150]). Il s'agit par conséquent d'analyser le cas sous l'angle de l'art. 17 LPGA.

E. 8.2.1

La décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 14 novembre 2018 – entrée en force sans avoir été contestée (cf. ci-dessus, let. A.b) – reposait sur l'appréciation du Dr M. _____ (anesthésiste, médecin du SMR ; ci-après : le Dr M. _____ ; cf. prises de position des 3 et 17 juillet 2018 [OAIE pces 38 et 42]), qui avait retenu une épicondylite radiale droite et une lésion du nerf interosseux, dans le cadre d'une évolution médicale défavorable à une année de l'intervention de juillet 2017 (cf. ci-dessus, let. B.a) avec chronicisation de l'épicondylite. Et le médecin du SMR de conclure que l'activité habituelle n'était plus possible, alors qu'une activité adaptée pouvait être exercée à temps plein, sans diminution de rendement,

C-5634/2021 Page 15 dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge répétitif de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, pas de travaux de force du membre supérieur droit, pas de mouvements répétitifs de pronation-supination ni flexion-extension du coude droit.

E. 8.2.2

Dans le cadre de cette première demande de prestations – ayant abouti à la décision du 14 novembre 2018 précitée –, le médecin du SMR disposait en particulier du rapport du Dr N. _____ (spécialiste en orthopédie et traumatologie ; ci-après : le Dr N. _____) du 2 juillet 2018 (OAIE pce 40), posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : - status post cure d'épicondylite radiale avec décompression du nerf interosseux postérieur du coude droit ; - décompression du nerf médian à droite ; - libération du nerf cubital le 18 juillet 2017 ; - épicondylite médiale à gauche. Par ailleurs, le Dr N. _____ faisait état d'un patient qui se plaignait de douleurs disséminées au niveau de ses deux coudes, des avant-bras, de l'épaule droite et de la colonne cervicale et dorsale, ainsi que d'un manque de force du membre supérieur droit et d'une raideur matinale. En particulier, le Dr N. _____ indiquait que la dernière activité lucrative n'était pas exigible, alors qu'une autre activité adaptée pouvait être exercée sans diminution de rendement, consistant en un travail sans activité physique importante au niveau des membres supérieures et non exposé au froid.

E. 8.2.3

Par ailleurs, lors de l'allocation de la rente limitée dans le temps, figurait également au dossier le rapport du 8 juin 2017 (OAIE pce 141 p. 55) du Dr O. _____ (neurologue ; ci-après : le Dr O. _____), retenant les diagnostics d'épicondylite radiale avec lésion du nerf interosseux postérieur à droite et de syndrome du tunnel carpien à droite.

E. 8.2.4

De surcroît, un rapport d'évaluation interdisciplinaire de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) rédigé par les Drs P. _____ (neurologue, ci-après : le Dr P. _____) et Q. _____ (médecin généraliste ; ci-après le Dr Q. _____) du 12 juillet 2018 (OAIE pce 141 p. 30 ss) était également présent au dossier. Les médecins précités ont retenu les diagnostics primaires suivants : - Douleurs persistantes du coude droit après : • cure d'épicondylite radiale avec décompression du nerf interosseux supérieur, • associées à une décompression du nerf médian à droite,

C-5634/2021 Page 16 • associées à une libération du nerf cubital le 18 juillet 2017. Par ailleurs, le rapport précité retient, en tant que comorbidité, un syndrome d'extension douloureuse cervico-brachiale droite. Lors de l'évaluation, un entretien psychiatrique a eu lieu avec le Dr R. _____ (psychiatre ; ci-après : le Dr R. _____ ; OAIE pce 141 p. 35 s. et 56 ss), dont il ressort l'absence de troubles formels de la pensée, des capacités de concentration préservées, l'absence de symptômes phobiques, obsessionnels, compulsifs ou délirants, ainsi que de troubles des perceptions. Par ailleurs, le rapport fait état d'un patient euthymique, ne verbalisant aucune idée de dévalorisation, de culpabilité, d'idée noire ou suicidaire ni de sentiment de détresse.

E. 8.3.1

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations – ayant abouti à la décision dont est recours – les nouvelles pièces médicales suivantes ont notamment été produites et versées au dossier (cf. aussi ci-dessus, let. B.a).

E. 8.3.2

Dans son rapport du 14 décembre 2018 (OAIE pce 63 p. 14 s.), la Dre D. _____ retient le diagnostic de spondylarthropathie axiale et en- thésitique avec épicondylite radiale et cubitale chronique. Dans le rapport E 213 CH du 25 janvier 2019 (OAIE pce 63), le Dr C. _____ mentionne en particulier les symptômes suivants : douleurs au niveau du coude droit et importantes douleurs de type inflammatoire au niveau lombaire. Retenant une incapacité de travail totale dans la dernière activité lucrative exercée, le médecin estime que l'assuré peut exercer, à temps plein, une activité lucrative adaptée, soit un travail sans exposition au froid, en évitant la flexion, le levage et le port de charges fréquents ainsi que la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, en alternant les postures, la marche et les stations debout et assise.

E. 8.3.3

Dans son rapport du 8 mars 2019 (OAIE pce 129), la Dre D. _____ indique notamment que les traitements anti-inflammatoires d'Arcoxia, puis Celebrex, se sont avérés efficaces initialement durant deux à trois semaines, toutefois avec une perte d'efficacité secondaire. Un nouveau traitement a donc été débuté (Simponi), dont l'efficacité ne peut pas encore être évaluée. Et la médecin de souligner que le pronostic est bon en cas de reconversion professionnelle dans un travail respectant les limitations fonctionnelles du recourant. Par ailleurs, la Dre D. _____ ajoute que la

C-5634/2021 Page 17 chronicité des symptômes peut être un facteur défavorable quant à la guérison de l'épicondylite latérale et médiale.

E. 8.3.4

Dans son appréciation médicale du 3 avril 2019 (OAIE pce 131), le Dr S. _____ (spécialiste en médecine du travail auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas

d'accidents [SUVA] ; ci-après : le Dr S. _____) indique notamment la présence, à partir de l'été 2017, d'im- portantes douleurs au niveau de l'épicondyle droit associées à des cervico- dorso-lombalgies avec un horaire inflammatoire et associées à une raideur matinale de 2 heures et des réveils nocturnes.

E. 8.3.5

Dans le formulaire E 213 ES du 18 septembre 2020 (OAIE pce 7), la Dre F. _____ mentionne la prise occasionnelle de médicaments anti-in- flammatoires non stéroïdiens – dont l'efficacité est partielle – et de Palexia le soir. Comme diagnostic principal, la Dre F. _____ retient une spondy- lite ankylosante axiale et périphérique, traitée notamment par injections de Cosentyx 150 mg toutes les quatre semaines. Et la Dre F. _____ d'ajou- ter que l'intéressé peut exercer un travail léger, en évitant la flexion, le le- vage et le port de charges fréquents ainsi que les travaux avec risque de chute. Pour ce qui est de la dernière activité lucrative exercée, il ressort du rapport E 213 ES qu'elle n'est plus exigible, étant précisé que ce rapport indique que les limitations fonctionnelles affectant l'assuré perdurent de- puis 2012.

E. 8.3.6

Le rapport de la Dre T. _____ (ci-après: la Dre T. _____) du 28 octobre 2020 (OAIE pce 83) fait notamment état d'une infection respiratoire légère par COVID-19.

E. 8.3.7

Dans son rapport du 22 décembre 2020 (OAIE pce 88), la Dre G. _____ fait en particulier état d'une rigidité matinale axiale et dans les mains de plus d'une heure et lors des changements de position.

E. 8.3.8

Dans son rapport du 9 septembre 2021 (OAIE pce 150), le Dr J. _____ retient les pathologies suivantes : syndrome du tunnel carpien, épicondylite, épitrochléite, spondylite ankylosante et spondylarthrose gé- néralisée de la colonne vertébrale, à prédominance lombaire. Le médecin précise que les affections précitées sont chroniques et irréversibles depuis 2017 (OAIE pce 150 p. 2) et ne peuvent être traitées que de manière pal- liative. Et le Dr J. _____ d'ajouter que ces pathologies provoquent des limitations fonctionnelles sévères dans l'exercice de toute activité lucrative requérant l'utilisation du membre supérieur droit, des deux poignets, des genoux et de la colonne vertébrale. De surcroît, le médecin souligne que

C-5634/2021 Page 18 l'exercice d'une activité lucrative ou de tâches de la vie quotidienne néces- sitant des déplacements continus et des mouvements répétés de plus de quatre heures, aura comme conséquence l'aggravation du cadre clinique.

E. 8.4

Le Tribunal de céans constate que le cadre clinique et l'état de santé du recourant ont évolué entre la dernière décision entrée en force du 14 novembre 2018 – reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la date de la décision litigieuse. En effet, dans ses prises de position de juillet 2018, le médecin du SMR ne retenait que les diagnostics d'épicondylite radiale droite et une lésion du nerf interosseux – provoquant des limitations fonctionnelles affectant le membre supérieur droit – et ce sur la base d'un dossier médical mettant notamment en exergue la chronicisation de l'épicondylite (opérée en juillet 2017), un

syndrome du tunnel carpien à droite et l'absence d'affection psychiatrique. Ce n'est que postérieurement à la date de la décision du 14 novembre 2018 que le diagnostic de spondylite ankylosante sera mis en exergue, alors que la présence de cette maladie rhumatismale n'avait pas été mentionnée par le médecin du SMR, dans le cadre de la première demande de prestations. De surcroît, l'augmentation des douleurs lombaires et l'apparition de polyarthralgies au niveau des genoux notamment (cf. ci-dessus, let. B.a) sont autant d'éléments permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 14 novembre 2018. Il s'agit ainsi de déterminer si la péjoration des pathologies justifie l'octroi d'une rente d'invalidité selon l'art. 17 LPGA.

E. 8.5.1

Selon l'appréciation du Dr L. _____ – sur laquelle s'est fondée l'autorité inférieure dans le cadre de la nouvelle demande de prestations (cf. ci-dessus, let. B.e ss ; OAIE pce 153) – la spondylite gêne notamment le recourant, qui nécessite une heure le matin pour démarrer la journée, et ce malgré la médication administrée, étant rappelé que l'intéressé a des douleurs au niveau de la colonne vertébrale et lombaire et qu'il est limité dans la marche, compte tenu de la gonarthrose bilatérale. A cause de l'aggravation des problèmes de santé, l'incapacité de travail retenue dans l'exercice d'une activité adaptée n'est plus nulle – comme c'était le cas lors du rejet de la première demande de prestations – mais de 30 %, et ce dans le respect des limitations fonctionnelles mentionnées dans la décision litigieuse (cf. ci-dessus, let. B.g). Par ailleurs, le Dr L. _____ précise, dans sa prise de position du 19 octobre 2021, pour justifier la péjoration de la

C-5634/2021 Page 19 capacité de travail de l'intéressé, que l'horaire de travail médicalement exigible est de 6 heures par jour, avec des pauses de 10 minutes au besoin. Comme date d'aggravation de l'état de santé, le médecin du service médical interne de l'OAIE retient le 6 août 2020, date qui correspond à celle du rapport de l'Hôpital K. _____ cité dans le rapport du Dr J. _____ du 9 septembre 2021 (OAIE pce 150 p. 14 s). Le rapport du 6 août 2020 précité fait notamment état d'un patient se plaignant d'une aggravation de son état de santé depuis un mois et d'une raideur matinale durant plus d'une heure.

E. 8.5.2

En particulier, le Dr L. _____ retient une péjoration des limitations fonctionnelles, entravant l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé. En effet, si le Dr M. _____ ne retenait que des limitations au niveau du membre supérieur droit, il en va différemment dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, les douleurs lombaires et la gonarthrose bilatérale gênant de façon supplémentaire le recourant dans l'accomplissement d'un travail physiquement léger. Il reste à déterminer le taux de l'incapacité de travail dans une activité lucrative adaptée.

E. 8.5.3

Le Tribunal constate qu'aucune des pièces médicales présentes au dossier ne permet de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative. Au contraire, les Drs C. _____, D. _____, F. _____ et J. _____ (cf. ci-dessus, consid. 8.3.2 ss) considèrent que le recourant peut exercer une activité lucrative tenant compte des affections précitées – qui sont consolidées et stabilisées – affectant les membres supérieurs et inférieurs ainsi que la colonne vertébrale et lombaire. Les pathologies du recourant, devenues chroniques et

résistant aux traitements (cf. ci-dessus, consid. 8.3.5 et 8.3.8), sont documentées et ont été prises en considération par le Dr L . _____, disposant d'un dossier médical complet sur lequel il a pu prendre position (cf. ci-dessus, consid. 7.3.3), dossier ne contenant pas d'avis médicaux contradictoires. En effet, les médecins précités s'accordent à reconnaître des limitations fonctionnelles ayant leur origine dans les affections somatiques, dont une importante maladie rhumatismale, de l'intéressé, qui est quoi qu'il en soit en mesure d'exercer un métier adapté. En particulier, le rapport du Dr J. _____ du 9 septembre 2021 (cf. ci-dessus, consid. 8.3.8), bien qu'il souligne la sévérité des limitations fonctionnelles, met en exergue la possibilité pour le recourant d'effectuer une activité lucrative légère, pourvu que les déplacements et les mouvements répétés de plus de quatre heures soient évités. Aussi, le Tribunal tient pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante que seule une activité ménageant le membre supérieur droit, les poignets, les genoux et la colonne lombaire et vertébrale peut être exercée.

C-5634/2021 Page 20

E. 8.5.4

C'est ainsi à bon droit que le médecin du service médical interne de l'OAIE a tenu compte des nouvelles limitations fonctionnelles et de leur répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier, qui ne peut plus exercer sa dernière activité lucrative d'aide-électricien, subit également une réduction de sa capacité de travail dans l'exercice d'un travail plus léger. Gêné dans ses déplacements et ses postures, souffrant d'une raideur chronique au niveau des mains, le recourant a besoin de temps pour démarrer la journée et doit pouvoir faire des pauses supplémentaires durant son travail. Le Tribunal de céans se rallie à l'avis du Dr L . _____, ayant pleine valeur probante car il se fonde sur un dossier médical étayé contenant des appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé stabilisé de celui-ci. En d'autres termes, les autres pièces au dossier – émanant de spécialistes qui ont examiné l'assuré et fourni des appréciations complètes et motivées – ne permettant pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une réduction plus importante de la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées (cf. ci-dessus, let B.g).

E. 8.5.5

Il découle de ce qui précède que l'autorité inférieure pouvait se fonder sur l'avis du Dr L . _____ pour statuer sur la nouvelle demande de prestations, dans le respect de l'art. 17 LPGA (cf. ci-dessus, consid. 6.5.2), le médecin du service médical interne de l'OAIE disposant de rapports cohérents et motivés de spécialistes ayant examiné l'assuré et tenant notamment compte de ses plaintes et son anamnèse. Il sied également de préciser qu'aucune pièce au dossier n'indique que le diabète, l'infection par COVID-19 et la dyslipidémie familiale augmentent l'incapacité de travail du recourant dans l'exercice d'une activité lucrative légère, si bien que le Tribunal de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces pathologies n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. En ce qui concerne les pièces produites en procédure de recours et postérieures à la décision entreprise (cf. ci-dessus, let. C.b), dans la mesure où elles doivent être prises en compte car elles portent sur l'état de santé du recourant tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse et où elles n'ont pas de valeur probante (cf. ci-dessus, consid. 4.2), ne sont pas de nature à remettre en question la décision litigieuse. En particulier, les Drs U. _____ et V. _____ ne font pas état de pathologies qui auraient été

ignorées par le service médical interne de l'OAIE. De surcroît, le rapport du Dr V. _____ du 20 février 2022 indique certes des limitations fonctionnelles importantes, mais celles-ci n'empêchent pas le recourant, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'exercer une activité adaptée à son état de santé.

C-5634/2021 Page 21

E. 8.5.6

Le Tribunal de céans retient ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail de 30 % dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée, étant précisé que le recourant travaillerait à 100 % sans atteinte à la santé (cf. questionnaire rempli par l'assuré en date du 1er mars 2021 [OAIE pce 90 p. 5]), si bien que c'est à juste titre que l'OAIE a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. ci-dessus, consid. 6.4).

E. 8.5.7

En ce qui concerne la comparaison des revenus du 26 octobre 2021, le Tribunal n'identifie pas d'éléments du calcul l'incitant à procéder à un examen plus approfondi de celui-ci, qui est dès lors correct (cf. ci-dessus, consid. 3, dernière phrase), étant précisé que le recourant n'a pas contesté ladite comparaison des revenus. Aussi, le Tribunal retient-il un taux d'invalidité de 28 % – compte tenu d'un salaire sans invalidité de Fr. 5'527.78 et d'un revenu d'invalidité (pour une activité exercée à 70%) de Fr. 3'953.05 –, soit un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. ci-dessus, consid. 6.2 s.).

E. 8.29

sera versé au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

E. 9

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 16 novembre 2021 confirmée.

E. 10.1

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires – fixés à Fr. 800.- – sont mis à la charge du recourant (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont compensés avec l'avance de frais de Fr. 808.29 dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pces 10 et 13). L'excédent d'avance de frais de Fr.

E. 10.2

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

C-5634/2021 Page 22