



Arrêt du 27 octobre 2021

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Gehring, Michael Peterli, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Charles Flory, C.P.T.F.E,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, non-entrée en matière sur une nouvelle
demande (décision du 17 mai 2019).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant allemand né le (...) 1963, vivant en France, est célibataire et père d'un fils né en 2002. Il est installateur sanitaire de formation. Muni d'une autorisation frontalière (permis G), il a travaillé en Suisse dès 2005 pour le compte de C._____ à (...) en dernier lieu comme assistant de qualité, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Il est en arrêt de travail total depuis le 13 novembre 2014 pour des raisons de santé. Son employeur a mis un terme à leurs rapports de travail fin août 2015 (AI docs 1, 2, 4, 6, 27 p. 18 et 2).

B.

B.a Le 2 décembre 2015, le prénommé a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton D._____ (ci-après : l'OAI), qui l'a reçue le 7 décembre suivant. Il indiquait souffrir d'une dépression sévère, d'une prothèse de la hanche, d'une insuffisance veineuse (thrombose veineuse profonde des jambes), ainsi que de problèmes extrêmes des articulations et du dos suite à un grave accident de la route en 2003, tout en précisant que ses problèmes de santé remontent environ à 1985 (AI doc 1).

B.b L'OAI a instruit la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques usuels, notamment avec l'aide de l'assureur-maladie collectif et de l'assureur-accidents de l'intéressé (AI docs 4 ss). Les diagnostics suivants avaient été posés à l'égard de ce dernier : avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère (CIM-10 : F 32.1) et sans effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle (CIM-10 : F 17.24) (cf. rapport d'expertise du 2 juin 2015 du Dr E._____, psychiatre et psychothérapeute FMH [AI doc 4 p. 6 ss]), ainsi que d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, d'arthralgies lombaires et hanche droite (cf. certificat du 7 juillet 2015 et rapport médical détaillé E 213 CH du 21 février 2016 du Dr F._____, généraliste [AI docs 4 p. 35, 29] ; cf. aussi rapports médicaux des 18 juillet, 11 août et 16 septembre 2011 et 19 janvier 2012 du Dr G._____, chef de clinique de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur, établis suite à une chute de l'assuré en 2011 [AI docs 15.56, 15.53, 15.47, 15.23], ainsi que ceux des 28 juin et 11 novembre 2011 établis par le même médecin avec le Dr H._____, respectivement le Dr I._____, médecins assistants [AI docs 15.44, 15.42], et

ceux des 23 et 29 août 2012 et 2 juillet 2013 du Dr J. _____, chef de clinique de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur, établis après une rechute en 2012 [AI docs 15.32, 15.31, 31 p. 17], ainsi que des 11 septembre 2012 et 31 décembre 2012 du Dr K. _____, médecin principal en chirurgie de la hanche [AI docs 15.24, 15.8]). Une coxarthrose à droite a aussi été diagnostiquée (cf. notamment rapport d'opération du 13 décembre 2012 du Dr L. _____, médecin principal en traumatologie et en chirurgie du bassin et de la colonne vertébrale [AI doc 15.9] et certificat médical du 11 janvier 2013 du Dr F. _____ [AI doc 15.7]).

B.c Par communication du 29 janvier 2016, l'OAI a décidé que des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles, compte tenu de l'état de santé de l'intéressé, et que le droit à une rente allait être examiné (AI doc 25).

B.d Suivant l'avis de son service médical régional (SMR) émis par le Dr M. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, expert médical certifié SIM (AI doc 33), l'OAI a poursuivi la collecte de renseignements médicaux nécessaires à l'évaluation de la capacité de travail exigible de l'assuré (AI docs 34 ss). Invité à se déterminer sur ces nouvelles pièces médicales, le SMR, par le même médecin, est arrivé à la conclusion qu'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie / psychiatrie) devait être organisée (AI doc 54).

B.e Dans le cadre de ladite expertise, l'expert psychiatrique, le Dr N. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, expert médical certifié SIM, a diagnostiqué chez l'assuré avec effet sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, avec processus chronique et épisode actuel léger à moyen (CIM-10 : F 33.0/1) ; sans effet sur la capacité de travail : soupçon d'une douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM-10 : F 45.41), ainsi qu'utilisation nocive d'oxazépam iatrogénique prescrit (CIM-10 : F 13.1) (voir rapport d'expertise psychiatrique du 22 juin 2017 [AI doc 73]). Pour sa part, l'expert rhumatologue, le Dr O. _____, spécialiste en rhumatologie FMH, a retenu les diagnostics suivants : avec effet sur la capacité de travail : aucun dans l'activité habituelle dans un bureau ; sans effet sur la capacité de travail : 1) status après remplacement de la cavité de la hanche droite le 19 décembre 2012 en raison d'un desserrage de celle-ci et d'une rupture des vis lors d'un status après ostéosynthèse du bassin et implantation d'une prothèse de la hanche droite lors d'une fracture du cotyle suite à un traumatisme à forte énergie en 2003 – status après fracture par arrachement du

grand trochanter droit en juin 2011, - coxarthrose débutante à gauche selon SPECT/CT du 23 août 2012, 2) périarthropathie scapulo-humérale calcarea gauche plus qu'à droite (sus-épineux plus que sous-épineux gauche et sus-épineux droit) selon l'arthro-CT de l'épaule gauche du 22 novembre 2016 et radiographies de l'épaule droite du 30 novembre 2016, - actuellement : tendinose du sus-épineux gauche avec impingement, 3) syndrome lombo-vertébral chronique et syndrome cervico-vertébral au sens de douleurs non spécifiques au niveau du rachis et de la nuque, - tendinose liée à la crête iliaque des deux côtés, 4) déséquilibre musculaire au niveau de la ceinture scapulaire des deux côtés (trapèze et rhomboïde), 5) soupçon clinique de rhizarthroses et d'arthroses de l'articulation de base du gros orteil, 6) tendinose du tendon d'Achille droit, 7) status après opération d'une blessure des tendons fléchisseurs au doigt IV gauche il y a des années, 8) d'autres diagnostics de médecine interne selon les actes au dossier (voir rapport d'expertise rhumatologique du 16 juin 2017 [AI doc 74]).

B.f Invité par l'OAI à se prononcer sur l'expertise bi-disciplinaire, le SMR, par le même médecin, a, dans une prise de position du 28 juin 2017, recommandé d'en suivre les conclusions et fixé les mêmes diagnostics (AI doc 76).

B.g Dans un rapport médical d'attribution d'invalidité du 4 janvier 2017, versé au dossier le 11 juillet 2017, le Dr P. _____, praticien conseil, a retenu un diagnostic avec effet sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne : utilisation nocive pour la santé (F 14.1 [AI doc 77]). Consulté à nouveau par l'OAI, le SMR, par le même médecin, a, dans une prise de position du 24 août 2017, conclu que l'utilisation nouvellement rapportée et nocive de cocaïne ne pouvait pas constituer une incapacité de travail durable au sens de la législation sur l'assurance-invalidité, que le diagnostic de trouble de la personnalité n'était pas étayé par les constats et descriptions du comportement, respectivement les critères cardinaux correspondants et que le diabète non insulino dépendant représentait un diagnostic pouvant être traité efficacement et de façon opportune par la médecine interne. En résumé, il n'y avait, d'après lui, aucun diagnostic permettant de modifier ses conclusions précédentes (AI doc 80).

B.h Par projet de décision du 25 octobre 2017, l'OAI a fait part de son intention de rejeter la demande de rente d'invalidité de l'intéressé, au motif que ses douleurs somatiques ne provoquaient pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle et que ses affections psychiques, en particulier

sa dépression, ne remplissaient pas les conditions pour être reconnues comme invalidantes (AI doc 84).

B.i Par écrit du 13 novembre 2017, l'assuré, nouvellement représenté par Charles Flory, C.P.T.F.E., s'est opposé au projet de décision, en invoquant que son état de santé s'est aggravé et qu'il a été hospitalisé en psychiatrie à (...) (AI doc 88). Les 16 novembre 2017 et 19 janvier 2018, plusieurs pièces médicales afférentes à l'hospitalisation ont été versées au dossier : un bulletin de situation du 16 novembre 2017, duquel il ressortait que l'assuré était toujours présent à l'hôpital ; une lettre de liaison du 16 novembre 2017 attestant que l'intéressé a été hospitalisé du 13 novembre 2017 au 15 janvier 2018 et indiquant un diagnostic principal d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et associé de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du tabac ; syndrome de dépendance, utilisation continue (F 17.25), tout en soulignant notamment une régression franche de la symptomatologie dépressive et un fond anxieux qui persiste concernant le retour à domicile, mais bien géré par l'assuré ; un bulletin de situation du 15 janvier 2018 certifiant que l'assuré est sorti de l'hôpital le jour même (AI docs 94, 97).

B.j L'OAI a alors sollicité l'avis de son SMR, qui, dans une prise de position du 30 janvier 2018 du même médecin, a répondu que l'épisode dépressif sévère ayant été causé par le suicide de l'ex-beau-frère de l'assuré au domicile de ce dernier et justifié l'hospitalisation, peut être traité dans les règles de l'art à l'hôpital et est en régression, de sorte qu'il n'équivaut pas à une aggravation durable de l'état de santé (AI doc 99).

B.k Par décision du 25 avril 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI et le complétant suite à l'audition, a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré (AI doc 105).

C.

C.a En date du 8 novembre 2018, l'assuré a, par l'entremise de son représentant, déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI auprès de l'OAI, qui l'a enregistrée le 12 novembre suivant. Il fait valoir une aggravation de son état de santé et produit des moyens de preuve médicaux, à savoir le rapport médical d'attribution d'invalidité du 4 janvier 2017 du Dr P. _____ figurant déjà au dossier, un certificat médical du 26 octobre 2018 du Dr F. _____ relevant que l'intéressé présente une nette

dégradation de son état de santé avec majoration des symptômes dépressifs ayant nécessité une hospitalisation, récurrence de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche, arthralgies diffuses et affirmant que le taux d'invalidité de l'assuré mérite d'être reconsidéré, et un rapport radiologique du 19 mars 2018 du Dr Q._____, radiologue, relatif à un écho-doppler veineux du membre inférieur gauche et confirmant une thrombose veineuse profonde fémorale superficielle et poplitée, exploration gastrocnémienne et soléaire difficile en raison d'œdèmes (AI doc 108).

C.b Le 9 novembre 2018, l'intéressé a, par son représentant, transmis encore à l'OAI une lettre de liaison du 23 octobre 2018 apprenant qu'il a été hospitalisé du 2 au 23 octobre 2018 en raison d'un sevrage de cocaïne, qu'il a repris une consommation quotidienne de cette substance depuis mi-août 2018 et que le sevrage s'est bien déroulé, les stratégies de maintien de l'abstinence restant à consolider en ambulatoire, pas de signe de décompensation thymique retrouvé au cours de l'hospitalisation, tout en retenant un diagnostic principal de syndrome de dépendance actuellement abstinent (F 10.20) et aucun diagnostic associé (AI doc 109).

C.c L'OAI a alors interpellé son SMR pour évaluation, qui, dans une prise de position du 21 novembre 2018 du même médecin, a estimé en substance que ces documents médicaux – pour ceux qui sont nouveaux – ne contiennent pas d'indications faisant état d'une aggravation durable et notable de l'état de santé de l'assuré. D'une part, le trouble dépressif évoqué dans le certificat du Dr F._____ ne correspond pas à une atteinte durable et notable de la santé qui aurait été provoqué par la dépendance, il peut être traité efficacement et de façon opportune, et enfin il n'existe aucune indication d'atteintes irréversibles dues à la dépendance. D'autre part, le suivi psychiatrique prescrit dans la lettre de liaison susmentionnée était médicalement exigible et le sevrage a réussi. Il n'y avait d'ailleurs pas d'indications d'autres diagnostics ou maladies psychiques (AI doc 112).

C.d Par projet de décision du 23 janvier 2019, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de rente d'invalidité, dans la mesure où il n'était pas en mesure de constater à la lumière de la demande et des pièces justificatives une modification notable de la situation professionnelle ou médicale (exemple : nouveaux diagnostics, nouveaux constats, etc.) de l'intéressé (AI doc 113).

C.e Par écrit du 7 février 2019, l'intéressé a, par son représentant, formé opposition contre le projet de décision. Il soutient que son état de santé s'aggrave et qu'il va être hospitalisé prochainement (AI doc 114).

C.f Par courrier du 16 avril 2019, l'assuré a, par le biais de son représentant, transmis à l'OAI plusieurs pièces médicales. Il s'agit une lettre de liaison du 1^{er} avril 2019 de laquelle il ressort qu'il a été hospitalisé du 4 mars au 1^{er} avril 2019 pour cause de mise à distance des consommations de cocaïne à la demande du patient, que l'évolution est favorable avec une bonne gestion des symptômes de manque, absence de trouble du comportement, humeur neutralisée, persistance d'une ambivalence par rapport au projet de sevrage total avec une fragilité vis-à-vis des substances psychoactives, et qu'un diagnostic principal de dépendance aux substances psychoactives multiples (cocaïne, cannabis, tabac) est posé, la suite à donner étant une reprise du suivi auprès du Dr R._____. Un certificat médical du 1^{er} mars 2019 du Dr F._____ explique que l'assuré présente une insuffisance veineuse des membres inférieurs avec phlébites répétitives, des arthralgies lombaires, des coxalgies droites post-traumatiques (fracture de hanche suite à un accident de la voie publique, compliqué de sepsis), inégalité de longueur des membres inférieurs séquellaires avec boiterie, un syndrome dépressif majeur réactionnel à un conflit conjugal (divorce), et le traitement médicamenteux qu'il suit. Un compte-rendu du 25 février 2019 du Dr S._____, radiologue, relatif à une échographie abdomino-pelvienne + radiographie du rachis lombo-sacré et du bassin conclut à une suspicion d'un calcul du groupe caliciel moyen du rein droit, en cas de majoration de la symptomatologie, une étude scanographique pourrait être proposée, à un aspect de stéatose hépatique diffuse modérée, à un tassement modéré en forme de galette de D11 apparu depuis l'examen réalisé en 2017, à intégrer dans le contexte clinique, en cas de majoration de la douleur, une étude scanographique pourrait être proposée (AI doc 118).

C.g Consulté à nouveau par l'OAI, le SMR a, dans une prise de position du 29 avril 2019 rédigée par le même médecin, considéré que le certificat médical du Dr F._____ ne documentait pas assez les troubles relevés et ne permettait pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire. Il a constaté que si la dépendance de l'assuré s'était quelque peu déplacée de l'oxazépam vers la cocaïne et le cannabis, elle n'avait pas d'autres conséquences sur la capacité de travail que celles déjà retenues dans l'expertise bi-disciplinaire, ce d'autant plus qu'une amélioration est même intervenue pendant le séjour hospitalier (AI doc 121).

C.h Par décision du 17 mai 2019, l'OAIE, reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI et le complétant suite à la procédure d'opposition, n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de rente d'invalidité de l'assuré (AI doc 124).

D.

D.a Par acte du 14 juin 2019 (date du timbre postal), l'assuré a, par l'entremise de son représentant, interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il conclut à la révision de la décision. Il argue que son état de santé s'aggrave et qu'une hospitalisation en clinique psychiatrique est prévue prochainement. Il avance encore que son état de santé ne lui permet en aucun cas d'exercer une activité professionnelle à ce moment (TAF pce 1).

D.b Par décision incidente du 4 juillet 2019, le TAF a invité le recourant à payer une avance de frais de Fr. 800.– dans les 30 jours dès réception, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 3). Le montant dû a été acquitté dans le délai imparti (TAF pce 5).

D.c Par écrit spontané du 25 septembre 2019 (date du timbre postal), le recourant a, par son représentant, produit de nouvelles pièces médicales. Ainsi, un rapport médical du 17 juin 2019 du Dr T._____, psychiatre, retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, persistant malgré une période d'abstinence et indique que le recourant est en incapacité de travail et qu'il présente une persistance de la symptomatologie dépressive, un repli sur soi, des idées négatives, une angoisse et de l'insomnie. Un rapport médical du 1^{er} juillet 2019 de la Dresse U._____, angiologue et radiologue en imagerie vasculaire non invasive, conclut à un syndrome post-trombotique du membre inférieur gauche aggravé par la mobilité réduite du recourant et sa surcharge pondérale, et qui signale qu'il a été vivement conseillé à celui-ci de porter une contention de classe II minimum et d'arrêter son intoxication tabagique. Un rapport médical du 9 juillet 2008 de la même médecin qui conclut à un ulcère post-traumatique d'origine veineuse uniquement du membre inférieur gauche dû à un très important syndrome post-trombotique du membre inférieur gauche par reflux fémoral et poplité, et qui indique qu'il a à nouveau été expliqué au recourant que le port d'une contention de classe II minimum est indispensable à vie et qu'il a été rappelé les règles hygiéno-diététiques d'usage, tout en conseillant vivement d'arrêter, sinon de limiter son intoxication tabagique. La lettre de liaison du 1 avril 2019 susmentionnée (voir *supra* let. C.f) est à nouveau versée au dossier (TAF pce 7).

D.d Dans sa réponse du 8 octobre 2019, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 3 octobre 2019 de l'OAI et donc conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans ladite prise de position, l'OAI explique qu'une aggravation notable de la santé du recourant depuis la

décision du 25 avril 2018 n'a pas été rendue plausible, même s'il venait à être tenu compte des rapports médicaux postérieurs – non pertinents dans une telle contestation – à la décision attaquée (TAF pce 9).

D.e Dans une réponse complémentaire du 28 octobre 2019 se rapportant au courrier spontané du recourant susmentionné (voir *supra* let. D.c), l'OAIE a transmis la prise de position complémentaire du 25 octobre 2019 de l'OAI et celle du 23 octobre 2019 du SMR. Dans la prise de position complémentaire de l'OAI, celui-ci confirme ses conclusions, dans la mesure où certains documents médicaux produits par le recourant dans son écrit spontané avaient déjà été pris en considération dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande et que les autres postérieurs à la décision litigieuse n'ont pas à être pris en compte, et même si tel était le cas, ils ne sont pas aptes, selon la prise de position de son SMR, par le même médecin, à faire état d'une modification ou même une aggravation notable de l'état de santé du recourant (TAF pce 12).

D.f Par réplique du 29 octobre 2019, le recourant a, par son représentant, implicitement persisté dans ses conclusions, en signalant qu'il a nécessité une nouvelle hospitalisation et en joignant le bulletin de situation y afférent daté du 24 octobre 2019 et duquel il ressort que l'hospitalisation a débuté ce jour et se poursuit (TAF pce 14).

D.g Par réplique complémentaire du 16 novembre 2019 (date du timbre postal), le recourant a, par son représentant, rappelé qu'il est toujours hospitalisé à ce moment et informé le Tribunal qu'il n'avait pas de certificats médicaux complémentaires à lui transmettre, mais qu'il lui ferait parvenir les documents de sortie de l'hôpital dès qu'ils seront en sa possession (TAF pce 17).

D.h Par écrit du 22 novembre 2019 (date du timbre postal), le recourant a, par son représentant, envoyé les pièces annoncées au Tribunal. Il s'agit d'un bulletin de situation du 20 novembre 2019 indiquant que le recourant a été hospitalisé du 24 octobre au 20 novembre 2019, et d'une lettre de liaison du 6 novembre 2019 contenant le même renseignement et ajoutant notamment que le motif de l'hospitalisation était une recrudescence anxieuse et un syndrome dépressif, que la prise en charge institutionnelle et la modification des traitements ont permis une régression des symptômes présents lors de l'admission, et que l'état clinique du recourant ne lui permet pas une activité professionnelle, tout en posant comme diagnostic principal une dépendance aux substances psychoactives multiples (cocaïne,

cannabis, tabac) (CIM : F19) et invitant à reprendre le suivi auprès du psychiatre traitant (TAF pce 19).

D.i Par duplique du 2 décembre 2019, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 26 novembre 2019 de l'OAI et maintenu par voie de conséquence ses conclusions. Dans ladite prise de position, l'OAI déclare que le bulletin de situation du 24 octobre 2019 n'a pas à être pris en considération et que même dans le cas contraire, il n'était sous cette forme pas propre à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant (TAF pce 21).

D.j Par duplique complémentaire du 4 décembre 2019, l'OAIE a transmis au Tribunal la prise de position complémentaire du 28 novembre 2019 de l'OAI. Dans cette dernière, l'OAI indique qu'une prise de position en relation avec l'écrit du 15 novembre 2019 du recourant n'est pas nécessaire, puisqu'il s'est déjà prononcé à son égard dans sa prise de position du 24 octobre 2019 (TAF pce 22).

D.k Dans une deuxième duplique complémentaire du 17 décembre 2019, l'OAIE a transmis au Tribunal la prise de position complémentaire du 11 décembre 2019 de l'OAI. Dans cette dernière, l'OAI répète la motivation qu'il a développée tout au long de la procédure de recours et affirme que les derniers documents médicaux produits par le recourant même en cas de prise en compte, n'étaient pas propres à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, étant donné que la lettre de liaison précitée ne fait état que d'une aggravation brève et temporaire et qu'à la sortie, le recourant se trouvait dans un meilleur état (TAF pce 23).

D.l Par ordonnance du 9 janvier 2020, le Tribunal a porté l'ensemble de ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pce 24).

D.m Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront présentés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

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

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

2.

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

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

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

3.

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

pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

3.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant allemand, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n°883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

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

4.

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

5.

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

5.2 Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande. Si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Il appartient à la personne assurée de démontrer que ses allégations sont plausibles, faute de quoi l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (arrêts du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006 consid. 1.1, I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). C'est donc la personne assurée qui supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestation. Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen, de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). Le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants, ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_841/2014 du 17 avril 2015 consid. 3.3). Le degré de la preuve exigé est réduit et ne correspond pas à celui de la vraisemblance prépondérante généralement demandée en matière d'assurances sociales. Il suffit que des indices d'une certaine consistance (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, même s'il subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (arrêts du Tribunal fédéral 8C_597/2017 du 12 janvier 2018 consid. 2.2 et 9C_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.1). Pour apprécier le caractère plausible, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

5.3 Pour déterminer si une modification de l'invalidité a été rendue plausible au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, constitue le point de départ. Il

s'agit d'examiner s'il existe des indices rendant plausible une modification de l'invalidité du recourant propre à influencer ses droits entre la décision de rejet de la première demande de prestations et la décision querellée (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_367/2016 du 10 août 2016 consid. 2.3 et 9C_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1 et 2.1.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006).

5.4 Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au moment du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1, 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3, I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 2.2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Les rapports médicaux produits après que la décision attaquée a été rendue sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAIE (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3 et 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Partant, en principe, le Tribunal n'examine pas les preuves versées hors procédure administrative (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2014 du 31 mars 2014 consid. 3).

6.

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

7.

Pour déterminer si le recourant a rendu plausible une modification déterminante de son invalidité, les indices tels qu'ils se présentaient le 25 avril 2018 – au moment de la première décision – doivent être comparés

avec ceux qui ont existé au moment de la décision entreprise du 17 mai 2019.

7.1 Dans le cadre de la première demande de 2015, les atteintes suivantes ont été retenues :

- avec effet sur la capacité de travail :
 - trouble dépressif récurrent avec processus chronique et épisode actuel léger à moyen ;
- sans effet sur la capacité de travail :
 - soupçon d'une douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques ;
 - utilisation nocive d'oxazépam iatrogénique prescrit ;
 - status après remplacement de la cavité de la hanche droite le 19 décembre 2012 en raison d'un desserrage de celle-ci et d'une rupture des vis lors d'un status après ostéosynthèse du bassin et implantation d'une prothèse de la hanche droite lors d'une fracture du cotyle suite à un traumatisme à forte énergie en 2003, status après fracture par arrachement du grand trochanter droit en juin 2011, coxarthrose débutante à gauche selon SPECT/CT du 23 août 2012 ;
 - périarthropathie scapulo-humérale calcarea gauche plus qu'à droite (sus-épineux plus que sous-épineux gauche et sus-épineux droit) selon l'arthro-CT de l'épaule gauche du 22 novembre 2016 et radiographie de l'épaule droite du 30 novembre 2016, actuellement tendinose du sus-épineux gauche avec impingement ;
 - syndrome lombo-vertébral chronique et syndrome cervico-vertébral au sens de douleurs non spécifiques au niveau du rachis et de la nuque ;
 - tendinose liée à la crête iliaque des deux côtés ;
 - déséquilibre musculaire au niveau de la ceinture scapulaire des deux côtés (trapèze et rhomboïde) ;

- soupçon clinique de rhizarthrose et d'arthroses de l'articulation de base du gros orteil ;
- tendinose du tendon d'Achille droit ;
- status après opération d'une blessure des tendons fléchisseurs au doigt IV gauche il y a des années ;
- adipositas 177 cm/108 kg BMI 35.

7.2 Pour ce qui a trait à la nouvelle demande de 2018, les affections suivantes ressortent des nouveaux documents médicaux produits par le recourant en vue de motiver sa demande :

- majoration des symptômes dépressifs ayant nécessité une hospitalisation ;
- récurrence de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche ;
- arthralgies diffuses ;
- thrombose veineuse profonde fémorale superficielle et poplitée ;
- exploration gastrocnémienne et soléaire difficile en raison d'œdèmes ;
- syndrome de dépendance actuellement abstinent (en lien avec la cocaïne) et aucun diagnostic associé ;
- dépendance aux substances psychoactives multiples (cocaïne, cannabis, tabac) ;
- insuffisance veineuse des membres inférieurs avec phlébites répétitives ;
- arthralgies lombaires ;
- coxalgies droites post-traumatiques (fracture de hanche suite à un accident de la voie publique, compliqué de sepsis) ;
- inégalité de longueur des membres inférieurs séquellaires avec boiterie ;

- syndrome dépressif majeur réactionnel à un conflit conjugal (divorce) ;
- suspicion d'un calcul du groupe caliciel moyen du rein droit ;
- aspect de stéatose hépatique diffuse modérée ;
- tassement modéré en forme de galette de D 11 apparu depuis l'examen réalisé en 2017.

8.

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

8.1.1 Au niveau des symptômes dépressifs – qui, pour rappel, représentaient la seule atteinte à la santé du recourant avec effet sur la santé d'après l'expertise bi-disciplinaire –, le médecin traitant, le Dr F. _____, indique, dans son certificat médical du 26 octobre 2018, qu'ils se sont majorés et ont nécessité une hospitalisation (AI doc 108 p. 5). Cette conclusion est certes confirmée par la lettre de liaison du 23 octobre 2018, laquelle renseigne que le recourant a été hospitalisé du 2 au 23 octobre 2018 pour une reprise des consommations quotidiennes de cocaïne depuis mi-août 2018. Toutefois, cette lettre de liaison révèle aussi qu'à la fin de l'hospitalisation le recourant n'a plus qu'un syndrome de dépendance actuellement abstinent (CIM-10 : F 10.20) et aucun diagnostic associé. Elle ajoute qu'aucun événement indésirable n'a eu lieu pendant l'hospitalisation. L'évolution est marquée par un bon déroulement du sevrage et les stratégies de maintien de l'abstinence restent à consolider en ambulatoire, il n'y a pas de signe de décompensation thymique retrouvé au cours de l'hospitalisation. En somme, la lettre de liaison sous-entend que la péjoration de l'état psychique du recourant s'est atténuée au cours du séjour hospitalier, tout en recommandant la reprise du suivi psychiatrique pour maintenir cet état (AI doc 109). Aussi le médecin du SMR – au demeurant spécialisé dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie – peut-il être suivi lorsqu'il considère que l'épisode dépressif n'est pas durable, ni ne représente un dommage notable à la santé du recourant et qu'il peut être traité de manière efficace et opportune, de sorte qu'une aggravation durable et considérable de l'état de santé par rapport à l'expertise bi-discipli-

naire ne peut être constatée (voir AI doc 112). Dans le cadre de la procédure d'audition, le recourant fournit, entre autres, un nouveau certificat du Dr F. _____ daté du 1^{er} mars 2019, dans lequel le médecin traitant signale que le recourant souffre d'un syndrome dépressif majeur réactionnel à un conflit conjugal (divorce) et précise le traitement médicamenteux suivi (AI doc 118 p. 8). Cependant, il convient de remarquer, d'une part, que le conflit conjugal remonte à juillet 2014 (voir AI doc 73 p. 5) et que d'autre part, le recourant a ensuite été à nouveau hospitalisé du 4 mars au 1^{er} avril 2019 – soit à une date ultérieure – en vue d'une mise à distance des consommations de cocaïne à la demande du recourant. Or, si au début de l'hospitalisation, il est relevé notamment que l'humeur du recourant était légèrement triste, exprimant son impuissance vis-à-vis de son addiction à la cocaïne, il n'en demeure pas moins qu'à la fin du séjour hospitalier les médecins constatent une évolution favorable, une bonne gestion des symptômes de manque, une absence de trouble du comportement ainsi que le fait que l'humeur s'est neutralisée. Ils relèvent encore la persistance d'une ambivalence par rapport au projet de sevrage total avec une fragilité vis-à-vis des substances psychoactives. Ils diagnostiquent une dépendance aux substances psychoactives multiples (cocaïne, cannabis, tabac) (CIM-10 : F 1925), mais ne retiennent aucun diagnostic associé, tout en préconisant une reprise du suivi psychiatrique (voir lettre de liaison du 1^{er} avril 2019 [AI doc 118 p. 2 ss]). Là aussi, au vu de ce qui précède, l'avis du médecin du SMR – et la décision attaquée qui le suit – est convaincant lorsqu'il estime que le syndrome dépressif majeur réactionnel à un conflit conjugal n'a pas pu être confirmé, de sorte qu'une aggravation par rapport au volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire ne peut pas être retenue et que même une certaine amélioration est documentée, tout en résumant que le rapport du Dr F. _____ ne laisse transparaître aucun constat ou argument médical susceptibles de laisser planer un doute sur la plausibilité de l'expertise bi-disciplinaire. De surcroît, les spécialistes traitants n'attestent d'aucune incapacité de travail relative aux troubles psychiques ou de dépendance.

8.1.2 S'agissant de la lettre de liaison du 23 octobre 2018 (AI doc 109), si elle apprend que le recourant a en effet été hospitalisé pour une reprise de ses consommations quotidiennes de cocaïne depuis mi-août 2018, il n'en demeure pas moins qu'il est mentionné que celui-ci ne présente plus qu'un syndrome de dépendance actuellement abstinent et aucun diagnostic associé. Un traitement médicamenteux lui est en outre prescrit et une reprise du suivi psychiatrique par un psychiatre préconisée, afin de maintenir ce sevrage. Si une aggravation de la santé du recourant, déjà connu pour ses

dépendances (tabac, une fois cocaïne), est intervenue avant l'hospitalisation, il y a ainsi lieu d'admettre que celle-ci n'était que temporaire et que l'hospitalisation a apporté les résultats escomptés. Aucune incapacité de travail n'est médicalement attestée. Qui plus est, le médecin SMR, spécialiste en psychiatrie, peut être suivi lorsqu'il souligne que le suivi psychiatrique préconisé est exigible du recourant. En somme, le recourant ne rend pas plausible une aggravation de son état de santé avec ce document médical, mais, au contraire, une amélioration, ou du moins un rétablissement, à ce moment-là.

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

8.1.4 Si la thrombose veineuse profonde n'a pas été indiquée comme diagnostic par les experts de l'expertise bi-disciplinaire – étant précisé qu'elle ne représente au demeurant pas une affection relevant de leur spécialisation –, elle est connue de longue date chez le recourant (voir notamment 1^{ère} demande du recourant [AI doc 1] ; rapport médical détaillé E 213 CH du 21 février 2016 du Dr F. _____ [AI doc 4 p. 29] ; rapport médical pour adultes du 1^{er} octobre 2016 du même médecin où elle est qualifiée de récidivante et il est précisé qu'elle existe depuis 2008 [AI doc 45]). Elle a donc déjà été considérée dans le cadre de la première décision entrée en force. Pour ces raisons, le fait qu'une récurrence soit avancée, d'ailleurs sans mention par les Drs F. _____ et Q. _____ de ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail du recourant, ne permet pas de retenir

qu'une modification notable de l'état de santé du recourant ait été rendue plausible sur ce plan.

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

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

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

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

8.1.9 Lorsque le Dr S._____ rapporte une suspicion d'un calcul du groupe caliciel moyen du rein droit dans son rapport relatif à ses examens, le Tribunal se doit de relever qu'il ne s'agit que d'une suspicion et que le médecin indique ainsi ne pas être en mesure de se prononcer avec certitude sur la question. Ce dernier ne se prononce en outre pas sur une incapacité de travail correspondante. Là non plus, une aggravation notable de l'état de santé du recourant n'est, ce faisant, pas rendue plausible.

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

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

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

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

9.

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

En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens, lesquels comprennent les frais de représentation (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]) et permettent au Tribunal, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 FITAF, d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de Fr. 800.– sont mis à la charge du recourant et sont compensés par l'avance de frais du même montant versée en cours de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :