



Cour III
C-3913/2021

Arrêt du 3 juin 2024

Composition

Caroline Bissegger, juge unique,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A._____, (France),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande
(décision du 5 juillet 2021).

Vu

la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) du 23 juin 2014 rejetant la demande de prestations déposée par A._____ (ci-après : recourant, assuré, intéressé) en relation avec une atteinte de la main droite ayant nécessité l'amputation de plusieurs doigts (OAIE pces 1 à 51),

la demande de prestations déposée le 10 juin 2016 par l'assuré dans le cadre principalement d'une aggravation des troubles liés à sa main droite, d'un diabète de type II à l'origine d'une polyneuropathie, ainsi que d'atteintes d'ordre psychique (OAIE pces 54 ss),

la décision de l'OAIE du 16 septembre 2020 rejetant la demande du 10 juin 2016 à la lumière essentiellement des conclusions d'expertises neurologique, psychologique et rhumatologique réalisées les 6 novembre 2018 et 22 janvier 2020 ainsi que d'appréciations du service médical de l'assurance-invalidité des 27 janvier et 10 juillet 2020 (OAIE pces 114, 149, 151, 163 et 166),

l'arrêt du tribunal de céans du 4 janvier 2021 déclarant irrecevable le recours interjeté par l'assuré contre la décision susmentionnée du 16 septembre 2020 (OAIE pce 167),

la nouvelle demande de prestations déposée le 12 février 2021 par l'assuré en raison des atteintes de sa main droite, de douleurs au niveau des épaules ainsi que d'une aggravation de son état psychique (OAIE pce 168),

la documentation médicale produite à l'appui de cette demande, soit en particulier les rapports respectifs des Drs B._____ (cardiologue) du 7 octobre 2020, C._____ (neurologue) du 24 novembre 2020, du Dr D._____ (rhumatologue) du 11 décembre 2020, E._____ (chirurgie orthopédique) du 14 décembre 2020), F._____ (psychiatrie) du 25 janvier 2021 (cf. également rapport de ce médecin du 7 décembre 2020 ; OAIE pce 170), G._____ (diabétologie) du 11 mai 2021 (OAIE pce 179) ainsi que le compte rendu d'hospitalisation auprès de la Clinique H._____ du 26 au 31 mars 2021 (OAIE pce 174),

la décision de non-entrée en matière rendue par l'OAIE le 5 juillet 2021 sur la base des avis de son service médical des 19 mars et 18 juin 2021 (OAIE pces 173, 181 et 184),

le recours interjeté le 31 août 2021 contre cette décision par l'assuré, qui demande à ce que son degré d'invalidité soit « revu » compte tenu des prises de position de ses médecins traitants produites à l'appui de sa demande du 12 février 2021 (TAF pce 1),

la réponse déposée le 29 octobre 2021 par l'OAIE, qui conclut au rejet du recours (TAF pce 6),

la réplique du 10 décembre 2021 par laquelle l'assuré réitère sa position et produit une prise de position du Dr D. _____ du 20 novembre 2021 (TAF pce 9),

la duplique de l'OAIE du 26 janvier 2022 (TAF pce 11),

et considérant

que dirigé contre une décision au sens de l'art. 5 PA rendue par une autorité visée par l'art. 33 LTAF, déposé devant la juridiction compétente (art. 31ss LTAF et 69 al. 1 let. b LAI) dans les délai et forme légaux (art. 50 et 52 PA, 60 LPGA) par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 PA) et l'avance de frais ayant été dûment acquittée, le recours est recevable,

que le litige porte sur le point de savoir si l'autorité précédente était en droit de refuser d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré, au motif que celui-ci n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influer ses droits depuis la décision du 16 septembre 2020 rejetant sa demande de prestations,

que la cause doit être tranchée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et compte tenu du droit suisse applicable à ce moment-là (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 130 V 218 consid. 2), mais également – vu le domicile français de l'assuré – à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et ses règlements n°883/2004 et 987/2009 (RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11 ; cf. en particulier art. 46 par. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 et ATF 130 V 257 consid. 2.4),

que pour avoir droit à une rente d'invalidité, l'assuré doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années de cotisation au moins (art. 36 al. 1 LAI) et remplir les conditions cumulatives suivantes (art. 28 al.1 LAI) : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne

peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c),

que lorsque la rente a été refusée parce que le taux d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants [ci-après : RAVS, RS 831.101]),

que 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 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références),

que lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles, l'affaire étant liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière si tel n'est pas le cas (ATF 117 V 198 consid. 3a),

que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à une telle procédure, la juridiction de première instance étant par conséquent tenue d'examiner le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière de l'office AI en fonction uniquement des documents produits jusqu'à la date de celle-ci (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt du TF 9C_627/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.2),

qu'en l'occurrence, l'assuré n'allègue pas que son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus de prestations du 16 septembre 2020, mais se borne à soutenir – après avoir vu le recours interjeté contre celle-ci écarté – que son invalidité doit être revue à la lumière des avis récents de ses médecins traitants,

que les avis en question dressent toutefois une situation médicale superposable à celle qui prévalait au moment de la décision négative du 16 septembre 2020,

qu'en particulier, les prises de position du Dr B. _____ du 7 octobre 2020, du Dr C. _____ du 24 novembre 2020, du Dr D. _____ du 11 décembre 2020 et du Dr E. _____ du 14 décembre 2020 font état d'affections connues de longue date et décrites notamment par ces médecins dans leur rapport respectif des 16 août 2016 (OAIE pce 98), 18 février 2019 (OAIE pce 125) 16 mai 2019 (OAIE pce 132) et 23 juin 2020 (OAIE pce 159), soit de multiples pathologies d'ordre hématologique, coronaire, vasculaire et digestif, de l'amputation de plusieurs rayons de la main droite, d'un canal carpien sensitif droit débutant, d'un canal carpien sensitivo-moteur gauche, d'une neuropathie axonale sensitivo-motrice des membres inférieurs, de cervicalgies sur cervicarthrose et une capsulite de l'épaule droite,

que s'il évoque – dans son certificat du 7 décembre 2020 (OAIE pce 170) – une « aggravation de la symptomatologie dépressive [...] nécessitant une majoration du traitement psychotrope », le Dr F. _____ ne fait par ailleurs pas état d'une évolution significative et durable de l'état psychique de l'assuré, décrivant – dans son dernier rapport du 25 janvier 2021 (OAIE pce 170 ; cf. également certificat du Dr F. _____ du 22 mars 2021, TAF pce 1) – la « pathologie psychiatrique majeur évoluant depuis plusieurs années » déjà rapportée dans ses précédentes prises de position (cf. en particulier certification du Dr F. _____ du 12 mars 2018, OAIE pce 102),

que les médecins consultés en mars et mai 2021 en raison du diabète de l'assuré ne décrivent pas non plus une aggravation de son état de santé, mais observent à l'inverse une évolution rapidement favorable du déséquilibre ayant justifié la courte hospitalisation auprès de la Clinique H. _____ du 26 au 31 mars 2021 (OAIE pces 175 et 179),

que dans ces conditions, l'autorité précédente a valablement retenu – à la suite de son service médical (cf. prises de position du Dr I. _____ des 19 mars et 18 juin 2021, OAIE pces 173 et 181) – que les rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de sa demande du 2 mars 2021 ne rendent pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision négative prononcée seulement quelques mois plus tôt, soit le 16 septembre 2020,

que pour le surplus, il n'y a pas lieu de prendre ici en compte le rapport du Dr D. _____ du 20 novembre 2021 dans la mesure où il est postérieur à la décision attaquée, étant néanmoins entendu que cette prise de position est strictement similaire aux précédents rapports de ce médecin,

qu'en définitive, la décision de non entrée en matière attaquée n'apparaît pas critiquable et doit être confirmée en tous points,

que manifestement mal fondé, le recours doit être rejeté dans une procédure à juge unique conformément à l'art. 85bis al. 3 LAVS en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI et l'art. 23 al. 2 let. c LTAF,

qu'au vu de l'issue du litige, les frais de procédure, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté (art. 63 PA),

qu'il n'est pas alloué de dépens, le recourant ayant succombé et l'autorité n'y ayant pas droit (art. 64 al. 1 PA et 7 du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]),

le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant versée en cause.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances-sociales (OFAS).

La juge unique :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

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 :