



---

Cour III  
C-3941/2017

## Arrêt du 29 octobre 2018

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Daniel Stufetti, juges,  
Daphné Roulin, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France),  
représenté par Maître Michael Rudermann,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 7 juin  
2017).

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressé ou le recourant), né le (...) 1973, est un ressortissant français domicilié en France (AI pces 2, 13 et 34). Il a exercé en tant que mécanicien de précision / mécanicien régléur, grutier au sol ou fraiseur tourneur (CFC mécanicien fraiseur-tourneur sur commandes numériques ; AI pces 12, 32 [p. 2], 42, 53 et 75 p. 2) et a travaillé en Suisse comme frontalier de manière irrégulière de 2006 à 2012 pour un total de 22 mois (annexe TAF pce 3).

**B.**

L'intéressé a adressé une première demande de prestations reçue en mars 2011 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ (AI pce 2). Dans sa prise de position médicale du 7 juin 2011 (AI pce 28), le service médical régional (ci-après : le SMR), soit pour lui le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé comme diagnostics principaux sans répercussion sur la capacité de travail (i) une névralgie pudendale survenue suite à une infection à chlamydia et (ii) un syndrome dépressif réactionnel. Dits diagnostics ont été posés en se référant aux pièces médicales présentes au dossier (cf. AI pces 6, 7, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25 et 27). Par projet de décision du 16 juin 2011 (AI pce 29), puis par décision du 16 août 2011 (AI pce 30), l'administration a rejeté la demande de prestations de l'intéressé. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.

**C.**

Par jugement français du 6 janvier 2016, A.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice d'une pension d'invalidité dès le 18 mai 2015 (catégorie 2 ; AI pces 32 et 38). Une seconde demande de prestations datée du 25 mai 2016 a été déposée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) qui l'a reçue le 2 juin 2016 (AI pce 34) ; l'intéressé se prévaut d'une nouvelle incapacité de travail dès le 18 mai 2015 (AI pce 34 p. 2). Par courrier du 21 juillet 2016, il a notamment expliqué que la position assise ou debout était presque impossible à cause de ses pathologies (névralgie pudendale bilatérale et syndrome douloureux de la vessie qui entraîne une pollakiurie intense ; AI pce 45).

**D.**

Dans le cadre de l'instruction de la demande, la documentation suivante a notamment été recueillie :

- des documents médicaux du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre (certificat médical du 27 octobre 2015 attestant le suivi de l'intéressé depuis février 2015 [AI pce 58] et ordonnances des 17 juillet 2015 [AI pce 56] et 17 mai 2016 [AI pce 62]),
- des rapports médicaux du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en pelvi-périnéologie et en algologie interventionnelle, des 3 juin, 27 juillet, 26 novembre 2015 rapportant en substance une douleur périnéale chronique avec un état d'hypersensibilisation majeur handicapant l'intéressé de manière importante (AI pces 41, 43 et 57),
- deux rapports médicaux du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésie ; l'un succinct du 9 mars 2015 (AI pce 71) et l'autre de la même date certifiant que l'intéressé nécessite une prise en charge thérapeutique régulière et chronique en relation avec (i) sa névralgie périnéales bilatérale et (ii) son syndrome douloureux de la vessie (AI pce 44),
- un rapport médical du 1<sup>er</sup> juillet 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_, du service de médecin statutaire du centre hospitalier H.\_\_\_\_\_, citant les diagnostics retenus (névralgie périnéale bilatérale et un syndrome douloureux de la vessie) et détaillant une pollakiurie (AI pce 42),

#### **E.**

Par rapport final du 11 novembre 2016 (AI pce 78), le SMR, soit pour lui le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, constate une incapacité de travail inchangée (aucun nouvel élément médical objectif) et pose comme diagnostics (i) des névralgies pudendales chroniques (CIM-10 G58) et (ii) un syndrome dépressif réactionnel (CIM-10 F32). En outre, il explique qu'aucun avis psychiatrique ne vient signaler une aggravation du syndrome dépressif déjà reconnu en 2011.

#### **F.**

Par projet de décision du 17 novembre 2016, l'OAIE a fait part à A.\_\_\_\_\_ qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de prestations (AI pce 79).

#### **G.**

Par courrier du 16 décembre 2016 (AI pce 82), A.\_\_\_\_\_ a contesté le projet de décision susmentionné. Il a en substance prié l'autorité de se référer aux rapports médicaux déjà présents au dossier et a souligné le caractère invalidant de sa pathologie. Il a complété son opposition par cour-

riers des 3 et 15 mai 2017 (AI pces 92 et 95). Outre la documentation médicale déjà produite (AI pces 86, 87, 88), les rapports médicaux suivants ont été versés au dossier :

- les certificats médicaux du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en pelvi-périnéologie et en algologie interventionnelle, des 27 décembre 2016 et 28 avril 2017 diagnostiquant un syndrome pelvi-périnéal complexe par hyper sensibilisation et faisant état de problèmes au niveau de la marche ainsi que de signes urinaires fréquents (AI pces 89 et 94),
- un compte rendu opératoire du 3 avril 2017 du Pr J. \_\_\_\_\_, chirurgien au service d'urologie du centre hospitalier universitaire de (...), pour une intervention de cystoscopie, hydrodistension et biopsies vésicales (AI pce 90),
- un compte rendu du Dr F. \_\_\_\_\_, anesthésiologiste, pour une hospitalisation du 5 au 8 avril 2017 posant les diagnostics de douleurs neuropathiques (CIM-10 R52.10) et de douleurs chroniques irréductibles (CIM-10 R52.18 ; compte-rendu daté du 8 avril 2017 ; AI pce 91).

#### **H.**

Dans le rapport final du SMR du 30 mai 2017 (AI pce 96), le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a confirmé sa précédente appréciation du 11 novembre 2016 en tenant compte des nouveaux rapports médicaux produits par l'intéressé. Le SMR est d'avis que ces rapports ne montrent aucun nouvel élément médical objectif depuis la décision de refus d'AI du 16 août 2011.

#### **I.**

Par décision du 7 juin 2017, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'intéressé (AI pce 97).

#### **J.**

**J.a** Par courrier auprès de l'OAIE du 3 juillet 2017, Me Michael Rudermann s'est constitué pour la défense des intérêts de A. \_\_\_\_\_ (AI pce 99). A la demande du mandataire, l'OAIE lui a fait parvenir une copie du dossier AI de l'intéressé (AI pce 104).

**J.b** Par acte du 13 juillet 2017 (timbre postal), A. \_\_\_\_\_ représenté par son mandataire a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Il a conclu sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce que soit mis en œuvre une expertise médicale

pluridisciplinaire dans les domaines de l'orthopédie, la psychiatrie, la périnéologie, l'évaluation et le traitement de la douleur et, principalement, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et statuant à nouveau à ce qu'une rente soit due à l'intéressé (dont le taux est encore à déterminer), si mieux n'aime, renvoyer le dossier à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ainsi que débouter l'OAIE de toutes autres ou contraires conclusions (TAF pce 1 p. 10 et 11). A l'appui de son recours, ont été produits la documentation médicale suivante :

- un rapport médical du 5 juillet 2017 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en pelvi-périnéologie et en algologie interventionnelle, rappelant le diagnostic posé, faisant état des douleurs pelvi-périnéales et des troubles vésico-sphinctériens ainsi que décrivant les traitements et les limitations de son patient (annexe E TAF pce 1),
- un rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 11 juillet 2017, faisant état que l'intéressé reste dans un anéantissement qui ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle (annexe D TAF pce 1).

**J.c** Sur invitation du Tribunal (TAF pce 4), le recourant s'est acquitté dans le délai imparti de l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs (TAF pce 7).

**K.**

Par réponse du 13 septembre 2017 (TAF pce 3), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Joint à la réponse, le rapport médical du 25 août 2017 du SMR, soit pour lui le Dr I.\_\_\_\_\_, ne rapporte aucune aggravation objective de l'état de santé du recourant ni de sa capacité de travail depuis la décision de rejet du 16 août 2011.

**L.**

Par réplique du 23 novembre 2017 (TAF pce 11), le recourant est d'avis que l'OAIE a violé son devoir d'instruire d'office, dès lors qu'il n'a mené aucune mesure d'instructions alors qu'elles étaient nécessaires. Le recourant a conclu à ce qu'il n'appartenait pas au tribunal de suppléer cette carence, de sorte que la décision attaquée devait être annulée et le dossier retourné à l'OAIE pour instruction complémentaire (TAF pce 11). En annexe au mémoire, ont été produits un certificat médical du 30 octobre 2017 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en pelvi-périnéologie et en algologie interventionnelle (annexe 1 TAF pce 11) et un rapport médical du 23 octobre 2017

du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre (annexe 2 TAF pce 11). Celui-ci atteste suivre l'intéressé depuis février 2015 s'agissant d'une pathologie dépressive associée à des douleurs de névralgies pudendales et pose les diagnostics selon la CIM-10 de Z61.0, Z61.3, Z61.6, F322 sur F6056.

#### **M.**

Par duplique du 11 janvier 2018 (TAF pce 13), en se référant à la prise de position de son service médical, l'OAIE propose l'admission du recours, l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à son office pour complément d'instructions. Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, du service médical de l'OAIE, la documentation médicale au dossier n'est pas suffisante pour se prononcer sur l'évolution de l'état de santé psychique de l'intéressé depuis la décision du 16 août 2011, de sorte qu'un complément d'instruction est nécessaire, à savoir un rapport à l'organisme de liaison (prise de position du 8 janvier 2018). Le médecin SMR, soit le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a quant à lui persisté dans sa précédente appréciation.

#### **N.**

Invité à déposer ses observations, A.\_\_\_\_\_ a pris note à satisfaction des nouvelles conclusions de l'autorité inférieure. De plus, il a insisté que l'instruction complémentaire auprès de l'autorité inférieure devait comprendre une expertise pluridisciplinaire en raison de ses atteintes tant physiques que psychiques (acte du 18 janvier 2018 ; TAF pce 15).

#### **O.**

Le recourant par l'intermédiaire de son mandataire est venu aux nouvelles concernant l'avancée de son recours par courrier du 5 septembre 2018 (TAF pces 17 et 19).

### **Droit :**

#### **1.**

**1.1** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les réf. cit.).

**1.2** 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 prises par l'OAIE.

**1.3** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurance sociale n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

#### **1.4**

**1.4.1** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. La décision détermine donc l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours ; les conclusions de la partie recourante, qui délimitent l'objet du litige, doivent rester dans le cadre des questions qui ont fait l'objet de la contestation et que l'autorité inférieure a tranchées dans son dispositif (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; arrêt du TF 9C\_309/2011 du 12 décembre 2011 consid. 5.1).

**1.4.2** En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 7 juin 2017 ayant refusé d'accorder à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité (annexe B TAF pce 1).

En plus de contester la décision précitée, le recourant a soulevé comme grief en se fondant sur la révision procédurale fixée à l'art. 53 al. 1 LPGA que la décision du 16 août 2011, entrée en force, a été rendue sur la base d'une instruction largement lacunaire du dossier (cf. recours du 13 juillet 2017 [TAF pce 1 p. 8-10]). Dans le cadre d'une révision procédurale (faits nouveaux importants ou nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant), l'assuré doit réclamer auprès de l'OAIE sur la base d'une motivation circonstanciée l'ouverture d'une procédure y relative (avec en fin de compte le prononcé d'une décision sujette à recours en la

matière ; arrêt du TAF C-902/2014 du 30 septembre 2014). Le recourant ne peut donc pas intervenir dans la présente cause auprès du Tribunal administratif fédéral pour contester la décision du 16 août 2011 qui n'est ni l'objet de la contestation et dont il n'a pas requis une révision procédurale directement auprès de l'autorité inférieure. Ce grief excède l'objet de la décision attaquée et est donc irrecevable.

**1.5** En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGa), dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGa), qui s'est acquitté de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA), le recours du 13 juillet 2017 est recevable quant à la forme. Dès lors, le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **2.**

**2.1** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 355 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2).

**2.2** Au niveau du droit international, est applicable le règlement (CE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1). De plus, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 ; arrêt du TF 8C\_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE)

n° 883/2009, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

**2.3** En l'occurrence, le recourant est un ressortissant français résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne. La décision attaquée ayant été rendue le 7 juin 2017, les dispositions légales de droit suisse en vigueur jusqu'à cette date sont applicables.

### **3.**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>ème</sup> éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c ; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozesieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2013, p. 25 n° 155, KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3<sup>ème</sup> éd., 2013, n° 154 ss).

### **4.**

A titre liminaire, le Tribunal constate que le recourant comptabilise 22 mois de cotisations en Suisse (annexe TAF pce 3). Selon l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité comptabilise trois années au moins de cotisations. La précédente teneur exigeait une année entière de cotisations. Or, si la durée de cotisations de 3 ans n'est pas remplie par le truchement de périodes d'assurances suisses, il est prévu que les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à la condition cependant qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée

en Suisse (arrêt du TAF C-3019/2011 du 27 juin 2013 consid. 6.2). En l'espèce, il ressort des pièces au dossier que le recourant a cotisé plusieurs années en France de 1991 à 2009 (AI pce 3 p. 2). Partant, comptabilisant des cotisations en Suisse de plus d'une année et en France de plus de deux ans, l'assuré remplit la condition de la durée minimale de cotisations prévue à l'art. 36 al. 1 LAI nécessaire pour prétendre à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité.

## **5.**

**5.1** La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente ayant été rejetée par décision 16 août 2011 de l'OAIE.

**5.2** En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente (...) a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

**5.3** Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

**5.4** Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C-246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 125 V 368 consid. 2 ; ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71).

**5.5** En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant et a rejeté dite demande au motif que les conditions requises pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étaient pas remplies. Par conséquent, le Tribunal administratif fédéral doit déterminer, en comparant la décision du 16 août 2011 entrée en force et celle litigieuse, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente (art. 29 al.1 LAI ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. ATF 140 V 2 consid. 5, 142 V 547 consid. 3).

## **6.**

**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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré 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 réadaptations exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

**6.2** La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré

(ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## 7.

**7.1** Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privés aux invalides.

**7.2** Dans le cadre d'un recours, 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. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les réf. cit.). Ces principes valent également en procédure de révision (SVR 2012 IV Nr 81).

**7.3** Conformément à la jurisprudence, l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux doit s'appliquer également à toutes les affections d'ordre psychique, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409, 143 V 418). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe, aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne pouvant être déduites du seul diagnostic. Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux, d'une atteinte psychosomatique semblable ou d'une atteinte psychique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, globale et ouverte, sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative. Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3), qui permettent de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part, tout en soulignant que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple

check-list et qu'il faut toujours tenir compte des circonstances du cas concret.

## **8.**

**8.1** En l'espèce, par décision du 16 août 2011, l'administration a rejeté la demande de prestations de l'intéressé. Le SMR avait retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (i) une névralgie pudendale survenue suite à une infection de chlamydia et (ii) un syndrome dépressif réactionnel (AI pce 28). Le médecin du SMR avait relevé que l'intéressé présentait des plaintes subjectives douloureuses au niveau du périnée, mais que les investigations ne mettaient pas en évidence un trouble objectif. Quant au syndrome dépressif réactionnel, le médecin SMR a expliqué que celui-ci n'était pas pris en charge par un spécialiste et n'était pas invalidant (AI pce 28 p. 2).

**8.2** Suite au dépôt d'une nouvelle demande de prestations, l'OAIE l'a rejeté par décision du 7 juin 2017. Les atteintes alléguées par le recourant au cours de l'instruction relevaient principalement de motifs somatiques. Le médecin SMR, spécialiste en médecine générale, a retenu les diagnostics de névralgies pudendales chroniques (CIM-10 G58) et un syndrome dépressif réactionnel (CIM-10 F32 ; AI pces 78 et 96). Il a constaté que la capacité de travail était ainsi inchangée depuis la dernière décision du 16 août 2011. Au stade du recours, l'intéressé a produit deux rapports médicaux liés à des atteintes psychiques, à savoir un rapport du 11 juillet 2017 (annexe D TAF pce 1) et un second du 23 octobre 2017 (annexe 2 TAF pce 11), tous deux du Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre. Il sied de rappeler que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 121 V 362 consid. 1b ; arrêt du TF 9C\_10/2018 du 25 avril 2018 consid. 3.3). En l'occurrence, les deux rapports médicaux précités – en particulier celui du 23 octobre 2017 – renseignent le Tribunal sur l'état de santé du recourant avant le prononcé de la décision attaquée, de sorte qu'ils seront pris en compte. Le rapport du 11 juillet 2017 énonce de manière générale l'existence de répercussions fonctionnelles au-delà de l'aspect somatique (douleurs pudendales), un isolement décrit par l'intéressé et l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. Quant au rapport du 23 octobre 2017, il en ressort que l'intéressé est suivi en

consultation depuis février 2015 s'agissant d'une pathologie dépressive associée à des douleurs névralgiques pudendales. Le psychiatre pose les diagnostics selon la CIM-10 de Z61.0 (difficultés liées à une perte de relation affective pendant l'enfance), Z61.3 (difficultés liées aux événements résultant de la perte de l'estime de soi pendant l'enfance), Z61.6 (difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant), F322 (épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques) sur F6056 (il n'existe pas de CIM-10 F6056, néanmoins F60 correspond aux troubles spécifiques de la personnalité, F60.5 à une personnalité anankastique et F60.6 à une personnalité anxieuse). Ayant pris connaissance de ces deux rapports médicaux, le service médical de l'OAIE, soit pour lui le Dr K.\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a constaté que la documentation médicale au dossier n'était pas suffisante pour se prononcer sur l'évolution de l'état de santé psychique depuis la décision du 16 août 2011, de sorte qu'un complément d'instruction est nécessaire, à savoir un rapport à l'organisme de liaison comportant une anamnèse, un status psychiatrique détaillé, un diagnostic motivé et une discussion de l'évolution de l'état de santé psychique depuis le 16 août 2011 (prise de position du 8 janvier 2018 [annexe TAF pce 13]). Le Tribunal constate, à l'instar du médecin du service médical de l'OAIE et de l'autorité inférieure, que la situation psychique de l'intéressé n'est effectivement pas suffisamment documentée pour se prononcer. Il ne peut pas être déduit du seul diagnostic les limitations fonctionnelles de l'intéressé et la capacité de travail de l'intéressé ne peut être examinée qu'à la lumière des indicateurs standards définis par la jurisprudence (cf. supra consid. 7.3). Par ailleurs, une instruction complémentaire aurait déjà pu être ordonnée au stade de l'instruction. En effet, il ressortait déjà du dossier que l'intéressé était suivi depuis février 2015 par le Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre (certificat médical du 27 octobre 2015 [AI pce 58] et ordonnances des 17 juillet 2015 [AI pce 56] et 17 mai 2016 [AI pce 62]). Le SMR était de plus d'avis dans le cadre de la première demande que le diagnostic de syndrome dépressif réactionnel n'était pas invalidant au motif que l'intéressé n'était pas pris en charge par un spécialiste. Ainsi, à la lecture de la nouvelle demande, le SMR aurait pu constater que l'intéressé était suivi par un spécialiste, nécessitant ainsi un complément d'instructions.

Par ailleurs, il ressort des rapports médicaux que l'intéressé se plaint notamment de douleurs pelvi-périnéales et vésicales. Celles-ci sont définies par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en pelvi-périnéologie et en algologie interventionnelle, comme une douleur périnéale chronique avec un état d'hypersensibilisation (AI pces 41, 43, 57, 89 et 94 ; annexe E TAF pce 1) et selon le Dr F.\_\_\_\_\_, anesthésiste, et le Dr G.\_\_\_\_\_, du service de

médecin statutaire du centre hospitalier H.\_\_\_\_\_, il s'agit de névralgies périnéales bilatérales et un syndrome douloureux de la vessie (AI pces 42 et 44). Le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, fixe comme pathologie principale des douleurs périnéales chroniques et comme pathologie autre un syndrome douloureux de la vessie (AI pce 68). Les médecins rapportent des limitations fonctionnelles en raison de ces douleurs, à savoir la station assise étant très impactée (pas de station assise plus de 15 minutes), une pollakiurie importante / signes urinaires invalidants et une marche limitée à 20 minutes respectivement à 100 mètres (AI pces 41, 42, 68, 89 et 94). Enfin, le Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre, est d'avis que son patient a des difficultés à mettre du sens dans un engagement psychothérapeutique et se réfugie dans le somatique qui fait aussi explication à son incapacité de travail (annexe 2 TAF pce 11). Au vu des douleurs alléguées, des limitations fonctionnelles et des interactions entre les aspects somatique et psychique, il est opportun que l'état de santé de l'intéressé soit examiné de manière globale et qu'il soit pris en compte tous les aspects de la douleur y compris ses composantes fonctionnelles et émotionnelles. Le Tribunal constate qu'à ce stade, la situation du recourant n'a pas fait l'objet d'une évaluation globale et approfondie. La personne assurée doit être évaluée sur une base interdisciplinaire et non isolément si elle est atteinte de troubles physiques et psychiques ; il faut tenir compte des interactions entre les différents diagnostics posés et leurs conséquences sur les limitations fonctionnelles (ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-302/2016 du 4 juin 2018 consid. 8.4). Compte tenu de ce qui précède, il appartiendra à l'OAIE de mettre en œuvre une expertise sur le plan psychiatrique, neurologique et pelvi-périnéologie. Le Tribunal s'écarte ainsi pour les motifs précités de la proposition du médecin du service médical de l'OAIE de limiter le renvoi de la cause à l'OAIE en complétant l'instruction par le biais d'un seul rapport de l'organisme de liaison. Par ailleurs, le Tribunal exclut à ce stade la nécessité de mener un pan d'expertise orthopédique (cf. conclusions du recours du 13 juillet 2017 [TAF pce 1 p. 10]). Au niveau des mains, seules des atteintes objectives minimales ont été constatées et l'atteinte au nerf médian droit dans la traversée du canal carpien pourra faire l'objet en tant que besoin d'un examen par le neurologue (rapport médical du 23 avril 2015 du Dr M.\_\_\_\_\_, neurologue [AI pce 55] ; échographie du deuxième doigt de la main droite du 12 mai 2016 [AI pce 61]). Quant aux IRM des genoux gauche et droit, ceux-ci ne sont associés à aucun constat clinique médical ou chirurgical et il ne ressort du dossier aucune atteinte motivée ou de limitations fonctionnelles y relatives (IRM du genou gauche du 7 juillet 2016 [AI pce 64] ; IRM du genou droit du 12 juillet 2016 [AI pce 66] ; cf. rapport du SMR du 11 novembre 2016 [AI pce 78 p. 2]). Le médecin du SMR explique que les comptes rendus médicaux des genoux ne peuvent

constituer en soi de nouveaux diagnostics, n'étant accompagnés d'aucun avis spécialisé (Al pce 78).

**8.3** Il sied de préciser qu'il est de la compétence propre de l'expert de décider quels examens, tests ou autres disciplines sont à intégrer pour établir un état de santé complet à la base d'une appréciation médicale probante. De même, lorsque les instructions données par un Tribunal quant à l'établissement d'une expertise ne semblent pas opportunes, les experts restent libres de discuter des disciplines retenues par le Tribunal avec l'OAIE, mandataire de l'expertise (ATF 139 V 349 consid. 3.3).

## **9.**

**9.1** Il se justifie en conséquence d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instructions en application de l'art. 61 al. 1 PA et nouvelle décision. L'autorité inférieure ordonnera en Suisse une expertise pluridisciplinaire comportant les volets psychiatrique, neurologique et pelvi-périnéologie permettant d'établir l'état de santé actuel de l'intéressé, ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail résiduelle et l'évolution de l'état de santé en tenant compte de l'interaction des atteintes dans une appréciation globale. Les experts devront déterminer en particulier si depuis la décision du 16 août 2011 est intervenu un changement important des circonstances propres à influencer la capacité de travail de l'intéressé (cf. supra consid. 5.4). Dans le cadre de l'examen psychiatrique, ils devront déterminer la capacité de travail résiduelle sur la base des indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychiatriques selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral aux termes de laquelle, en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 118).

**9.2** Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie si l'autorité a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.) ou notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une

situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'occurrence, le renvoi se justifie dès lors qu'une expertise pluridisciplinaire s'avère nécessaire.

**9.3** Partant, le recours doit être admis, la décision du 7 juin 2017 annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision.

## **10.**

**10.1** En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 première phrase PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours contre une décision en assurances sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6 et 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 première phrase PA).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance sur les frais présumés de procédure versée par le recourant à hauteur de 800 francs (TAF pce 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**10.2** Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 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), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Les honoraires du représentant du recourant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Le Tribunal rappelle qu'il s'agit d'une procédure ordinaire en assurance-invalidité laquelle est gouvernée par la maxime inquisitoire et la maxime d'office, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a). En matière d'assu-

rances sociales, a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi arrêt du TF 9C\_846/2015 consid. 3, 9C\_654/2009 consid. 5.2). Selon l'art. 14 FITAF, les parties – qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office – doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2 deuxième phrase).

En l'espèce, à défaut de décompte, il se justifie d'allouer à la partie recourante une indemnité de dépens de 2'800 francs à charge de l'autorité inférieure. Cette indemnité tient compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse. Elle prend également en considération le temps consacré par le représentant du recourant et le travail nécessaire du mandataire professionnel, à savoir la rédaction d'un mémoire de recours (11 pages ; TAF pce 1), d'une duplique (3 pages ; TAF pce 11), d'une détermination (1 page ; TAF pce 15) et d'un courrier sur l'avancée de la procédure (TAF pce 19).

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable, et la décision du 7 juin 2017 est annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais présumés de procédure de 800 francs versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Une indemnité de dépens de 2'800 francs est allouée au recourant et mise à la charge de l'autorité inférieure.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire) ;
- 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 :

La greffière :

Caroline Bissegger

Daphné Roulin

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :