



Arrêt du 1^{er} juillet 2021

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michael Peterli, Christoph Rohrer, juges,
Egzona Ajdini, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 3 octobre 2019).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé), né le (...) 1960, est ressortissant portugais, domicilié au Portugal (OAIE pces 9 p. 2 et 31 p. 2). Il appert que l'intéressé a cotisé à l'AVS/AI suisse de manière irrégulière de 1986 à 1998 (TAF C-6962/2016 annexe à pce 7). D'après le formulaire E205, l'intéressé a cotisé de manière non continue à la sécurité sociale portugaise de 1975 à 2014 (OAIE pces 8 p.2, 30 et 68). En dernier lieu, il a été employé du 1^{er} juin 2002 au 12 mars 2014 en qualité de collaborateur de boucherie-charcuterie en gros pour B. _____, société portugaise spécialisée dans la transformation artisanale de produits dérivés du porc ibérique (ci-après : l'employeur ; OAIE pce 65).

A.b Le 27 juillet 2012, l'assuré a déposé une première demande de prestations d'invalidité auprès de la Sécurité sociale portugaise qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure ; OAIE pces 9 et 10). Par décision du 31 mai 2013, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que l'activité de boucher-charcutier exercée à ce moment-là permettait la réalisation d'un gain qui excluait le droit à une rente. L'OAIE a dès lors considéré que l'assuré ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi (OAIE pce 25). Dite décision, n'ayant pas été contestée, est entrée en force et acquis l'autorité de la chose décidée.

A.c En date du 12 mars 2014, l'assuré a présenté une deuxième demande de prestations d'invalidité (OAIE pces 31 et 32). Selon les indications fournies sur le formulaire E204, l'assuré n'exerçait plus d'activité de travailleur salarié au moment du dépôt de la demande, sans toutefois donner la date de la cessation de ladite activité (OAIE pce 31 p. 2). Par décision du 8 avril 2015, l'OAIE a rejeté la demande des prestations d'invalidité de l'assuré. Malgré l'atteinte à la santé, l'OAIE a considéré que l'activité de boucher-charcutier exercée à ce moment-là permettait à l'assuré la réalisation d'un gain qui excluait le droit à une rente de l'assurance-invalidité (OAIE pce 50). Ladite décision a fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF), qui a admis le recours, annulé la décision querellée et renvoyé l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction économique visant notamment à déterminer si et à partir de quelle date le recourant avait cessé son activité professionnelle, et rende ensuite une nouvelle décision (OAIE pce 62 p. 6 ; arrêt du TAF C-

2920/2015 du 30 novembre 2015). L'arrêt du TAF n'a pas été contesté par-devant le Tribunal fédéral.

A.d Suite à la mise en œuvre de l'instruction complémentaire ordonnée par l'arrêt du TAF C-2920/2015 du 30 novembre 2015, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré par décision du 30 septembre 2016. Selon l'OAIE, l'assuré présentait bel et bien une atteinte à la santé provoquant des limitations fonctionnelles, n'impliquant pas d'activités lourdes ou le port de charges supérieures à 7 kg tout en restant à l'abri du froid et de l'humidité, engendrant ainsi une incapacité de travail de 70% dans l'activité de boucher-charcutier. En revanche, l'incapacité de travail de l'assuré était nulle dans une activité respectant dites limitations fonctionnelles avec une diminution de la capacité de gain de 29%, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'OAIE a enfin ajouté que les nouveaux documents médicaux joints à l'opposition formulée par l'assuré n'apportaient pas d'éléments nouveaux (OAIE pces 74 et 83). L'assuré a interjeté recours par-devant le TAF contre la décision de l'OAIE du 30 septembre 2016 (OAIE pce 75). Dans un arrêt C-6962/2016 du 3 septembre 2018, le TAF a admis le recours et annulé la décision litigieuse. Il a renvoyé la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision. Le TAF a retenu que l'assuré présentait des atteintes somatiques causant une incapacité de travail dans son ancienne activité de boucher-charcutier de 70% à compter du 13 janvier 2010, mais ces atteintes ne causaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'aucune instruction complémentaire ne s'avérait nécessaire (consid. 10.3.5 de l'arrêt précité). Le TAF a toutefois remarqué que l'état de santé psychique de l'assuré n'avait pas été instruit à satisfaction après le 30 novembre 2015 par l'autorité inférieure, raison pour laquelle il a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique en Suisse devant notamment établir s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé de l'assuré après le 30 novembre 2015, au regard aussi de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en lien avec les troubles psychiques (consid. 11.2 de l'arrêt précité).

B.

B.a Dans le cadre de l'exécution de l'arrêt du TAF C-6962/2016 du 3 septembre 2018, l'OAIE a notamment versé les documents suivants au dossier de l'assuré :

- un courrier daté du 16 janvier 2019 attribuant au Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le mandat de mettre en œuvre une expertise médicale psychiatrique (OAIE pce 116),
- la convocation de l'assuré à une expertise psychiatrique agendée au 14 mai 2019 auprès du médecin précité (OAIE pce 119),
- un rapport d'expertise psychiatrique (ci-après : le rapport d'expertise) daté du 7 juin 2019 établi par le Dr C._____, qui a posé le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01), présent chez l'assuré depuis 2014 avec un même degré. L'expert a expliqué que ce diagnostic est secondaire à la douleur et n'a pas perturbé les mécanismes adaptatifs de l'assuré. Il ressort dudit rapport que l'assuré ne présente pas de trouble de la personnalité, ni de trouble d'addiction. L'expert a noté que les plaintes formulées par l'assuré ne sont ni plausibles, ni cohérentes eu égard à l'entretien ainsi qu'aux activités journalières de l'assuré, révélant ainsi plusieurs contradictions. Suite à un prélèvement sanguin effectué le jour de l'examen, l'expert a constaté que les substances psychotropes, qui auraient été prescrites à l'assuré, sont pratiquement indétectables. En terme de ressources, l'expert a remarqué que l'assuré est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches, tout en sachant se montrer flexible et apte au changement, ainsi qu'à mobiliser ses compétences et connaissances. Il a également relevé que ses capacités sociales et de mobilité sont conservées. Il a cependant noté que la capacité de résistance et d'endurance de l'assuré est légèrement diminuée en raison des douleurs. En somme, l'expert n'a retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique qui empêcherait l'assuré d'exercer une activité. Il retient dès lors que l'assuré présente une capacité de travail totale d'un point de vue psychiatrique, et ce, depuis toujours (OAIE pce 130 p. 14 ss),
- un rapport médical du 28 mars 2019 établi par le Dr D._____, médecin traitant psychiatre de l'assuré, spécialiste en psychiatrie, et remis en main propre lors de l'expertise psychiatrique précitée, aux termes duquel ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent (F33.2) dans un tableau clinique dépressif et anxieux. Ce médecin remarque qu'il s'agit d'un tableau de nature fonctionnelle, qui n'a pas pour origine une cause organique ou neurologique, dont la principale caractéristique est l'humeur dépressive qui dure depuis au moins deux mois. Il ajoute que l'assuré souffre également d'une arthrite psoriasique dans le cadre d'un tableau clinique rhumatismal. Le Dr

D._____ a expliqué que l'assuré se plaint de symptômes anxio-dépressifs depuis six ans, qui se sont aggravés ces quatre dernières années, avec une asthénie, une anorexie, des idées de préjudice, une irritabilité et une humeur dépressive. L'assuré s'est encore plaint de symptômes incapacitants avec des difficultés de concentration et de mémorisation, ainsi que de vertiges persistants, rencontrant des difficultés dans la conduite des véhicules. Le Dr D._____ a également noté que l'assuré a été suivi en consultations psychiatriques, au cours desquelles plusieurs médicaments anxiolytiques et antidépresseurs lui ont été prescrits. Au final, il a retenu que l'assuré présente une incapacité totale et permanente, tant sur le plan professionnel que dans les activités de la vie quotidienne (OAIE pce 130 p. 21),

- un rapport d'appréciation médico-juridique de l'expertise psychiatrique daté du 12 juillet 2019 établi par E._____, juriste, et le Dr F._____, médecin du service médical interne de l'OAIE et psychiatre et psychothérapeute FMH, qui ont retenu que le rapport d'expertise a une pleine valeur probante, notamment puisque les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, se fondant sur des examens complets, tenant compte des plaintes de l'assuré ainsi que de l'anamnèse personnelle et médicale, comportant des conclusions claires et motivées établies par un médecin disposant de la qualification médicale nécessaire et prenant en considération les indicateurs standards jurisprudentiels en la matière. Ils ont également mis en exergue les incohérences relevées par l'expert. Ils sont dès lors parvenu à la conclusion que l'assuré ne présente aucune incapacité de travail dans quelconque activité que ce soit (OAIE pce 132).

B.b Dans un projet de décision du 31 juillet 2019, l'OAIE a remarqué que l'assuré présentait une atteinte à la santé, telle que cela ressortait du dossier, provoquant les limitations suivantes : pas d'activités lourdes ou qui nécessitent de porter des poids supérieurs à 7kg et en restant à l'abri du froid et de l'humidité. L'OAIE a en outre expliqué que l'expertise psychiatrique réalisée en mai 2019 a révélé l'existence d'un trouble dépressif léger avec syndrome somatique existant depuis 2014, qui n'avait toutefois aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychique. Sur la base des limitations somatiques précitées, l'OAIE a conclu que l'incapacité de travail de l'assuré dans sa dernière activité de boucher-charcutier est de 70%. En revanche, l'incapacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles citées est nulle avec une diminution de la capacité de gain de 29%, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI (OAIE pce 133).

B.c Ledit projet de décision a été confirmé par décision du 3 octobre 2019, dans laquelle l'OAIE a repris les mêmes motifs développés dans son projet de décision du 31 juillet 2019 et a ainsi rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assuré (OAIE pce 137 ; TAF pce 2).

C.

C.a Le 7 novembre 2019 (timbre postal), l'assuré a formé recours par-devant le Tribunal de céans à l'encontre de la décision du 3 octobre 2019, concluant en substance à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a expliqué être dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité et fait valoir une péjoration de son état de santé depuis 2014. Il conteste en outre le calcul du taux d'invalidité ayant mené l'OAIE à retenir un degré d'invalidité de 29%. À l'appui de son recours, il a produit les nouveaux documents médicaux suivants (TAF pce 1) :

- un rapport établi par la Dre G. _____, spécialiste en neuroradiologie, suite à des examens réalisés en date du 3 septembre 2019 au niveau de la colonne cervicale, dorsale et lombo-sacrée et aux termes duquel la Dre G. _____ a décrit des troubles dégénératifs importants avec un rétrécissement dégénératif du canal spinal ainsi que la présence de plusieurs foramens intervertébraux au niveau cervical. Ce médecin a également constaté la présence de troubles dégénératifs modérés au niveau dorsal et d'hernies discales en L3-L4 et L4-L5 ainsi qu'un canal étroit constitutionnel au niveau lombaire (annexe à TAF pce 1),
- un rapport de consultation du 6 septembre 2019 rédigé par le Dr H. _____, neurochirurgien, décrivant des altérations dégénératives de la colonne cervicale et lombaire, ainsi qu'une situation stationnaire sans déficit neurologique clinique. La dernière consultation a eu lieu en février 2017 et ce médecin a proposé un traitement conservateur (annexe à TAF pce 1),
- un rapport établi par la Dre I. _____, dermatologue, suite aux consultations des 16 août et 26 septembre 2019, expliquant que le recourant présente une dermatose évoluant depuis 5 ans et un prurigo nodulaire confirmé par une biopsie cutanée (annexe à TAF pce 1),
- un rapport du 2 septembre 2019 établi par le Dr D. _____, médecin psychiatre, dont le contenu et les conclusions sont identiques à son

rapport du 28 mars 2019 (cf. OAIE pce 130 p. 21) notant une aggravation significative au cours des derniers mois (annexe à TAF pce 1).

C.b Par réponse du 6 février 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée sur la base notamment des constatations de son service médical qui a à nouveau pris position dans un avis du 25 janvier 2020. Le Dr J. _____, médecin du service médical interne de l'OAIE et spécialiste FMH en médecine interne générale, a considéré qu'aucun élément atteste d'une modification significative de l'état de santé, des limitations fonctionnelles et de l'incapacité de travail en découlant sur le plan somatique. Sous l'angle psychiatrique, le Dr J. _____ a remarqué que le nouveau rapport psychiatrique rédigé par le Dr D. _____ en date du 2 septembre 2019 est superposable au rapport précédemment établi par le même médecin en date du 28 mars 2019, pris en compte dans le cadre de l'établissement de la décision attaquée. Il conclut qu'il n'y a pas d'éléments psychiatriques nouveaux (TAF pce 7).

C.c Par ordonnance du 25 juin 2020, le Tribunal a constaté que le recourant avait renoncé à déposer une réplique dans le délai imparti et a signalé aux parties que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 12).

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 références citées).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant ledit Tribunal est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à

l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGa.

1.3 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 LAI, des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

1.4 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 7 novembre 2019 est recevable quant à la forme.

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 et 129 V 4 consid. 1.2).

2.2 S'agissant du droit international, 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^{er} 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^{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 des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_870/2012 du 8 juillet 2012 consid. 2.2). 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 aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/

2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, 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 sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

2.4 En l'occurrence, le recourant, ressortissant portugais, réside au Portugal, soit un Etat membre de l'Union européenne, au moment de la décision attaquée et a été assuré en Suisse de 1986 à 1998 (TAF C-6962/2016 annexe à pce 7). Ainsi, les dispositions légales du droit suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'au 3 octobre 2019, date de la décision attaquée, sont applicables.

2.5 Par ailleurs, le Tribunal se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant au jour de la décision litigieuse, soit au 3 octobre 2019. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne doivent, en principe, pas être pris en considération sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de l'assurée antérieur à la décision attaquée (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; voir notamment arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

3.

3.1 Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (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^{ème} 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 par le recourant 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

et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^{ème} éd., 2013, n° 1.55).

3.2 En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 3 octobre 2019 rejetant la demande de prestations d'assurance-invalidité du recourant. Le litige porte en particulier sur la question de savoir si les affections psychologiques dont souffre le recourant ont pu entraîner une incapacité de travail avec un degré d'invalidité suffisant propre à ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

4.

4.1 La décision dont est recours fait en effet suite à une première demande de prestations AI déposée le 27 juillet 2012 (OAIE pces 9 et 10), ayant été rejetée par décision du 31 mai 2013 de l'OAIE, en raison du gain réalisé à ce moment-là en qualité de boucher-charcutier qui excluait le droit à une rente (OAIE pce 25). La décision attaquée fait également suite à une deuxième demande de prestations du 12 mars 2014 (OAIE pces 31 et 32), qui a également été rejetée par décision du 8 avril 2015 (OAIE pce 50). Cette dernière décision a fait l'objet d'un recours au TAF, qui l'a admis, annulé ladite décision et renvoyé l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction économique (arrêt du TAF C-2920/2015 du 30 novembre 2015). Après la mise en œuvre de l'instruction ordonnée, l'OAIE a à nouveau rejeté la demande de prestations AI du recourant par décision du 30 septembre 2016 (OAIE pce 83). Le recourant a aussi recouru contre cette dernière décision auprès du TAF, qui a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction de l'état de santé psychique du recourant qui n'avait pas été instruit à satisfaction, ordonnant ainsi la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique en Suisse (arrêt du TAF C-6962/2016 du 3 septembre 2018).

4.2 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). Cette exigence de preuve 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 et 117 V 198 consid. 4b et les références).

4.3 Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du TF I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

4.4 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).

4.5 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 125 V 368 consid. 2 ; 133 V 108 et 130 V 71).

4.6 En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la deuxième demande de prestations du recourant. Après la mise en œuvre des instructions complémentaires requises par le TAF (cf. arrêts du TAF C-2920/2015 et C-6962/2016), l'OAIE a rejeté dite demande au motif que le recourant ne présente pas d'invalidité (OAIE pce 137). Par conséquent, le Tribunal administratif fédéral doit déterminer, en se référant à la dernière décision

entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit du recourant à une rente (à savoir la décision du 31 mai 2013, cf. OAIE pce 25) et en la comparant à la décision litigieuse du 3 octobre 2019, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis au moins le 12 septembre 2014 (art. 29 al.1 LAI : cf. la nouvelle demande du 12 mars 2014 [OAIE pces 31 et 32] ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. ATF 140 V 2 consid. 5 et ATF 142 V 547 consid. 3).

5.

5.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

5.2 En l'occurrence, le recourant a cotisé à l'AVS/AI en Suisse de manière non continue de 1986 à 1998 (TAF C-6962/2016 annexe à pce 7). Par conséquent, la condition liée à la durée minimale de trois années de cotisations est remplie. Il reste ainsi à examiner si le recourant est invalide au sens de la loi.

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 réadaptions 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

6.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. Une incapacité de gain de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 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).

6.3 La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGGA 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 et 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

7.

7.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409

consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

7.2 Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Cette procédure tient compte des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part et les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal a décrit les catégories et indicateurs suivants (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"
 - a. Complexe "atteinte à la santé"
 - i. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe "contexte social".
2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs susmentionné n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances

du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif tel que décrit lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne faut pas non plus procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait présenté notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018).

8.

8.1 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.

8.2 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 références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3 et 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid 5.2).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

8.4 Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, lesdits rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss).

Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de

santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes de médecins conseils mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n° 2920).

8.5 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

9.

En l'espèce, dans la décision du 3 octobre 2019, l'OAIE a retenu que le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec une diminution de la capacité de gain de 29%. Le recourant invoque, quant à lui, être incapable d'exercer tout type d'activité en raison de ses diverses atteintes à la santé et fait valoir une aggravation de son état de santé depuis 2014.

9.1

9.1.1 Sur le plan somatique, au moment de la première décision du 31 mai 2013 rejetant la première demande de prestations du recourant déposée le 27 juillet 2012 (OAIE pces 9 et 10), l'OAIE s'est rallié à l'avis de son service médical interne, soit pour lui du Dr Christian K. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui avait retenu les diagnostics d'un syndrome cervico-spondylogène sur altérations dégénératives et canal spinal droit, et d'un syndrome lombo-spondylogène chronique sur altérations dégénératives. Ce médecin a estimé, en date du 28 février 2013, que le

recourant présentait une incapacité de travail de 70% à compter du 13 janvier 2010 dans son activité habituelle de boucher-charcutier. A compter de la même date, son incapacité de travail était en revanche nulle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité évitant des travaux lourds, le port de charges de plus 7 kg, des travaux au-dessus de la tête et devant comprendre une place de travail à l'abri du froid et de l'humidité (OAIE pce 22 et 25). Ce médecin s'était basé sur les rapports médicaux versés au dossier, en particulier ceux des médecins traitants du recourant qui avaient également retenus diverses altérations dégénératives au niveau cervical et lombaire, causant des troubles des membres supérieurs, des paresthésies des mains, un syndrome du tunnel carpien dans la phase sensitive de degré léger à droite, ainsi que des troubles des membres inférieurs, une sciatalgie gauche irradiante dans le membre inférieur gauche et une ostéoarthrose avec des arthralgies généralisées (OAIE pces 1, 2, 7, 13, 14, 15, 16 et 18).

Dans le cadre de la première décision du 31 mai 2013, le Dr K. _____ avait en effet tenu compte des diverses atteintes constatées dans les rapports médicaux présents au dossier, bien que succincts et ne répondant pas en tout point aux réquisits jurisprudentiels, notamment en ne se prononçant pas sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant. Dits rapports étaient intervenus suite à des examens cliniques, fondant en substance une documentation médicale cohérente. Le Tribunal ne voit dès lors pas de raison de s'écarter des conclusions et de l'appréciation faite par le service médical interne de l'OAIE au moment de la première décision du 31 mai 2013. Il convient par ailleurs de rappeler que dite décision n'avait pas fait l'objet d'une contestation et avait dès lors acquis l'autorité de la chose décidée.

9.1.2 Au moment de la seconde décision du 8 avril 2015 de l'OAIE ayant rejeté la deuxième demande de prestations du recourant déposée le 12 mars 2014 (OAIE pces 29, 31, 32 et 50), il ressort des nouvelles pièces produites à l'appui de cette seconde demande que le recourant souffrait, en sus des affections susmentionnées, notamment d'un syndrome de conflit sous-acromial bilatéral et d'une arthrite psoriasique (OAIE pces 29, 38, 39, 40, 41, 58 et 60).

Sur cette base, le Dr J. _____, médecin du service médical interne de l'OAIE et spécialiste FMH en médecine interne générale, a estimé, dans une prise de position du 26 octobre 2014, que la documentation médicale versée en cause par le recourant à l'appui de sa deuxième demande de

prestations AI ne permettait pas de reconnaître une modification significative de l'état de santé. Il a noté que les conclusions ressortant de la prise de position du 28 février 2013 établie par le Dr K. _____ restent valables, dès lors que les nouveaux documents confirment les troubles dégénératifs de l'appareil ostéo-articulaire dans une mesure superposable à l'état de santé décrit en 2013 (OAIE pce 43). Cette appréciation a été confirmée dans une prise de position datée du 31 décembre 2014 (OAIE pce 48).

Le Tribunal de céans remarque que les documents médicaux au dossier entre la première décision de refus de prestations du 31 mai 2013 et la seconde décision de refus de prestations du 8 avril 2015, attestent d'atteintes quasi identiques de celles évoquées dans le cadre de la première demande de prestations AI, à savoir des troubles situés au niveau de la colonne cervicale et lombaire accompagnés de périodes fréquentes d'impuissance fonctionnelle des membres supérieurs et inférieurs, un syndrome du tunnel carpien bilatéral de degré léger, principalement à droite ainsi qu'une ostéoarthrose, respectivement des arthralgies généralisées. S'agissant du diagnostic d'arthrite psoriasique, le Tribunal de céans constate notamment que ce diagnostic n'a pas été posé *lege artis* par des spécialistes, soit par un dermatologue ainsi que par un rhumatologue (cf. OAIE pce 41), et n'est pas basé sur des examens objectifs cliniques du recourant (cf. OAIE pce 29 p. 2). Quant au diagnostic de syndrome de conflit sous-acromial bilatéral, il a certes été évoqué par une spécialiste en rhumatologie, soit la Dre L. _____, qui n'a toutefois pas fait état de douleurs provoquées par cette atteinte et n'a pas mentionné de limitations fonctionnelles ou une éventuelle incapacité de travail causées par celle-ci (cf. OAIE pce 39). Il convient en outre de relever que le seul examen objectif des épaules se trouvant au dossier au moment de la deuxième demande AI n'avait pas permis d'objectiver d'altérations à ce niveau (OAIE pce 29 p.3). Faute d'atteinte à l'épaule entraînant des douleurs et donc des limitations fonctionnelles spécifiques, le médecin du service médical interne de l'OAIE ne pouvait dès lors considérer ce diagnostic comme vraisemblable.

Force est également de constater que les rapports médicaux n'ont pas évoqué de limitations fonctionnelles supplémentaires du recourant que celles retenues dans le cadre de la première demande de prestations AI. De plus, il appert que seul le rapport médical E213 du 12 mai 2014 contenait des informations au sujet de son incapacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de boucherie. D'après dit rapport médical, le recourant pouvait, d'une part, encore exercer sa dernière activité professionnelle d'employé de boucherie à temps plein, mais d'autre part, il a été précisé que le taux maximal de travail dans sa dernière activité s'élevait à 0% (AI

pce 29 p. 7 n° 11.4). Dès lors que ce rapport se contredisait et qu'aucun autre document médical ne contenait des informations concernant l'(in)capacité de travail de l'intéressé, c'était à raison que le médecin du service médical interne de l'OAIE a retenu dans sa prise de position médicale du 26 octobre 2014 (OAIE pce 43) que celle-ci était restée inchangée par rapport à la première demande de prestations, à savoir une incapacité de travail de 70% dans l'ancienne activité de boucher dès le 13 janvier 2010, et de 0% dès dite date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cette appréciation a, par ailleurs, été confirmée ultérieurement par le Dr J. _____ dans ses prises de position médicales des 31 décembre 2014 et 20 juillet 2016 (OAIE pces 48 et 73).

9.1.3 Au moment de la troisième décision rendue par l'OAIE le 30 septembre 2016 suite à l'exécution de l'arrêt du TAF C-2920/2015 du 30 novembre 2015, ayant à nouveau rejeté la deuxième demande de prestations du recourant (OAIE pces 62 et 83), il ressortait des nouvelles pièces au dossier, en sus des atteintes précitées, que le recourant présentait une myélopathie située au niveau de la colonne cervicale en C4-C5, d'hernies intra-spinales de la colonne lombaire situées en L1-L2 ainsi que des troubles de la colonne dorsale (notamment OAIE pces 76, 77, 78, 79 et 80). En outre, il a également été fait état d'une aggravation de la situation clinique du recourant et d'une aggravation des plaintes de celui-ci de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains et des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des membres supérieurs (notamment OAIE pce 76).

La décision du 30 septembre 2016 est essentiellement basée sur les prises de position médicales du Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et devenu médecin SMR certifié, des 20 juillet et 24 septembre 2016, qui a retenu que la nouvelle documentation médicale était superposable aux examens effectués antérieurement, ce qui ne permettait pas de modifier la position médicale retenue jusqu'alors (OAIE pces 73 et 82), confirmant ainsi les diagnostics principaux d'un syndrome cervico-spondylogène sur troubles dégénératifs (CIM-10 M.47.82) et d'un syndrome lombo-spondylogène sur troubles dégénératifs (CIM-10 M47.86), les limitations fonctionnelles du recourant, soit une activité évitant les travaux lourds et le port de charges de plus de 7 kg, des travaux au-dessus de la tête ainsi qu'une place de travail à l'abri de la chaleur ou de l'humidité, ainsi que son incapacité de travail de 70% dès le 13 janvier 2010 dans son activité habituelle et nulle dans toute activité adaptée aux limitations précitées dès la même date (cf. notamment OAIE pce 43). Cette appréciation a

été confirmée dans une prise de position ultérieure datée du 6 janvier 2017 (OAIE pce 97).

Le Tribunal de céans remarque tout d'abord que les documents médicaux établis par les médecins traitants dans le cadre de la procédure d'exécution ayant donné lieu à la troisième décision du 30 septembre 2016, ont évoqué d'une part des atteintes à la santé identiques de celles retenues dans le cadre de la première demande de prestations, à savoir une ostéoarthrose généralisée, une impuissance fonctionnelle fréquente des membres inférieurs causée par des lombosciatalgies et un syndrome du canal carpien dans la phase sensitive, degré léger à droite et se rallie dès lors à l'avis du médecin SMR du 24 septembre 2016 attestant d'un état de santé resté inchangé s'agissant des atteintes évoquées (cf. OAIE pce 82).

Plus spécifiquement, le Tribunal constate que les médecins traitants du recourant ont fait part de nouvelles atteintes, respectivement d'une aggravation des atteintes connues, à savoir (i) une myélopathie située au niveau de la colonne cervicale en C4/C5, (ii) une aggravation des plaintes de l'intéressé de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains ainsi que des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des membres supérieurs, (iii) des hernies intra-spinales de la colonne lombaire situées en L1/L2, (iv) des troubles de la colonne dorsale, (v) d'une arthrite psoriasique ainsi que (vi) d'une aggravation de la situation clinique du recourant.

S'agissant du diagnostic de la myélopathie située à la colonne cervicale en C4/C5, la Dre M. _____, neuroradiologue, avait évoqué dans un rapport d'IRM de la colonne cervicale datée du 3 septembre 2016, la présence d'un discret hyper-signal médulaire en C4/C5, médian et paramédian droit, probablement en relation avec un foyer d'œdème/myélomalacie dans un contexte de myélopathie compressive (OAIE pce 93). Le Tribunal de céans remarque que la Dre M. _____ émet simplement le soupçon d'une myélopathie et qu'elle n'a retenu chez l'intéressé ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail. Ce soupçon n'a pas été confirmé par les médecins spécialistes. En particulier, dans son rapport médical datant du 16 février 2017, le Dr H. _____, médecin neurochirurgien, s'appuyant sur un CT-scan et une IRM de la colonne cervicale, a seulement évoqué des atteintes déjà connues au moment de la première demande de prestations et, se basant sur des tests neurologiques, n'a pas constaté de myélopathie (OAIE pce 103 p. 2). Il s'ensuit que la documentation médicale était alors cohérente en ce sens qu'il n'a pas été objectivé de myélopathie au niveau de la colonne cervicale en C4/C5, que dès lors, un tel diagnostic n'était pas

établi, et que c'est à raison que ce dernier n'a pas été retenu par le service médical interne de l'OAIE pour fonder une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

Quant à l'aggravation des plaintes de l'intéressé de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains ainsi que des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des membres supérieurs observé par le Dr N. _____ en date du 24 août 2016 (OAIE pce 76), le Tribunal de céans remarque que les médecins avaient d'ores et déjà décrit des plaintes identiques chez l'intéressé lors de la première demande de prestations (cf. OAIE pce 7 p. 2). De plus, le Dr N. _____ ne se base pas sur des examens objectifs pour fonder une aggravation des atteintes évoquées et il ne retient à ce sujet ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail. En outre, aucune aggravation de cervico-brachialgies bilatérales avec des paresthésies des deux mains et des périodes fréquentes d'impotence fonctionnelle des deux membres supérieurs causant des limitations fonctionnelles ou des incapacités de travail n'a été retenue par des spécialistes. D'une part, le médecin radiologue, le Dr O. _____, a qualifié dans son rapport de radiographies des mains du 12 août 2016 (cf. OAIE pce 77) les atteintes des mains de légères. D'autre part, le Dr H. _____, se basant sur des tests cliniques et objectifs, n'a pas pu objectiver chez l'intéressé de déficits neurologiques et fonctionnels dans son rapport de neurochirurgie du 16 février 2017 (cf. OAIE pce 103 p. 2). Il s'ensuit que la documentation médicale était alors cohérente en ce sens que l'aggravation susmentionnée n'a pas été objectivée et que c'est à raison que cet élément n'a pas été retenu par le service médical interne de l'OAIE pour fonder une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

Le diagnostic d'hernies intra-spinales de la colonne lombaire situées en L1/L2 a été posé par la Dre M. _____, spécialiste en neuroradiologie, dans son rapport d'IRM daté du 3 septembre 2016 (OAIE pce 93). Le Tribunal de céans constate que ce médecin n'a retenu aucune limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail liées à l'atteinte en question. Il appert d'ailleurs qu'aucune atteinte causant des limitations fonctionnelles ou des incapacités de travail n'a été confirmée à ce niveau de la colonne vertébrale par des spécialistes. En effet, le Dr H. _____, s'appuyant sur un CT-scan de la colonne lombaire, a évoqué dans son rapport de neurochirurgie du 16 février 2017 (cf. OAIE pce 103 p. 2) des atteintes déjà connues sans toutefois mentionner d'atteinte incapacitante en L1/L2. En outre, se basant sur des tests cliniques, il n'a pas pu objectiver de déficits, notamment pas de signes de myélopathie en L1/L2. Ainsi, la documentation médicale était

alors cohérente en ce sens qu'il n'existait aucune atteinte en L1/L2 entraînant des douleurs suffisantes pour constituer des limitations fonctionnelles spécifiques. Bien que le recourant était sujet à de troubles bénins de la colonne lombaire en L1/L2, le Tribunal constate que les changements physiologiques attestés à ce niveau n'étaient pas à même de fonder une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

Le Tribunal remarque qu'il en va de même des troubles de la colonne dorsale attestés par la Dre G. _____, médecin neuroradiologue, dans son rapport de CT-Scan du 13 avril 2016, duquel il ressort le constat de l'effondrement de plusieurs disques dans la région médiadorsale, des foyers de dégénérescence gazeuse et de calcification discale ainsi qu'une oblitération de l'espace sous-arachnoïdien pré-médullaire de D6/D7 à D9/D10 (OAIE pce 80). En effet, la Dre G. _____ a précisé que la perméabilité dans les différents canaux de conjugaison de la région dorsale était conservée, tout en ajoutant que lesdits changements disco-dégénératifs étaient relativement naissants. Dite neuroradiologue n'a par ailleurs attesté ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail causées par cette atteinte. Une telle atteinte causant des limitations fonctionnelles et ayant un impact sur la capacité de travail de l'intéressé n'a d'ailleurs pas été confirmée non plus par d'autres spécialistes. Ainsi, dans son rapport de neurochirurgie (cf. OAIE pce 103 p. 2), le Dr H. _____ n'a pas relevé d'atteintes situées au niveau de la colonne dorsale et il n'a pas pu constater de déficits lors de l'examen clinique, notamment pas de myélopathie. Ainsi, la documentation médicale au dossier était cohérente dans son ensemble, en ce sens qu'aucune atteinte située au niveau de la colonne dorsale entraînant des douleurs et donc des limitations fonctionnelles spécifiques n'avait pas pu être retenue par les divers médecins (cf. OAIE pce 82). A l'instar du diagnostic précédent, le Tribunal constate ainsi que les changements physiologiques attestés à ce niveau ne constituaient pas une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé, bien que celui-ci souffrait de troubles bénins de la colonne dorsale.

S'agissant du diagnostic d'arthrite psoriasique, il a été à nouveau évoqué dans le rapport de radiographies des mains du 12 août 2016 du Dr O. _____, radiologue (OAIE pce 77) ainsi que dans l'attestation médicale du 24 août 2016 du Dr N. _____, dont la spécialisation n'est pas connue (OAIE pce 76). Force est de constater d'une part que le Dr N. _____ se limite à lister le diagnostic d'une arthrite psoriasique avec une apparition sporadique de nodules cutanés occasionnellement enflammés, sans se

baser sur des examens objectifs. Puis, le Tribunal relève que le rapport, très succinct, de radiographies des mains du Dr O. _____ atteste des atteintes correspondantes à une usure normale et que ce dernier émet simplement le soupçon d'un tel diagnostic. En outre, il constate que les deux médecins n'ont retenu chez le recourant ni de limitations fonctionnelles, ni d'incapacités de travail causées par dite atteinte et que le diagnostic d'une arthrite psoriasique n'a toujours pas été posé *lege artis* par des spécialistes, à savoir par un rhumatologue et un dermatologue. Il s'ensuit que la documentation médicale est cohérente en ce sens qu'une arthrite psoriasique n'a pas été objectivée par les spécialistes, et que dès lors, un tel diagnostic n'est pas établi, et que c'est à juste titre que ce dernier n'a pas été retenu par le service médical interne de l'OAIE pour fonder une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

Enfin, l'aggravation de la situation clinique du recourant, qui avait été attestée par le Dr N. _____ en date du 24 août 2016 (OAIE pce 76), ne permettait pas non plus de fonder une telle aggravation avec répercussion sur la capacité de travail du recourant. En effet, le Dr N. _____ n'a pas précisé en quoi aurait consisté l'aggravation postulée, qu'une aggravation de l'état de santé pertinente au regard de l'AI n'était pas documentée par des examens objectifs cliniques ou paracliniques et qu'il n'a pas indiqué quelles étaient les limitations fonctionnelles ainsi que les incapacités de travail supplémentaires en découlant, et, se ralliant dès lors à l'avis du médecin du service médical interne de l'OAIE du 24 septembre 2016, le Tribunal confirme que l'état de santé était resté inchangé (cf. OAIE pce 82). Il s'ensuit que l'aggravation de la situation clinique attestée par le Dr N. _____ doit être comprise en ce sens qu'au niveau de la colonne lombaire et dorsale ont effectivement été objectivés des changements physiologiques qui peuvent être qualifiés d'aggravation de la situation clinique, mais qui ne sont pas propres à constituer une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

Dans la cadre de la procédure C-6962/2016 qui avait pour objet la contestation de la troisième décision de l'OAIE du 30 septembre 2016, le recourant avait notamment produit un rapport médical du 4 novembre 2016 établi par le Dr P. _____, dont la spécialisation n'est pas connue, attestant notamment que le recourant souffrait d'une pathologie ostéoarticulaire de la colonne cervicale et lombaire et qu'il avait été considéré invalide de manière définitive pour la profession depuis deux ans. Il a ajouté que la symptomatologie s'était aggravée et que le pronostic était mauvais (OAIE pce 94). Le recourant a également produit un rapport médical du 16 février

2017 établi par le Dr H._____, neurochirurgien, duquel il ressort que l'état de santé du recourant connaissait une aggravation des cervico-lombalgies et qu'il lui était conseillé d'éviter des efforts physiques. Ce médecin avait également noté l'absence sur le plan neurologique de signes de myélopathie (OAIE pce 103 p. 2). Le Tribunal constate que ces rapports sont très succincts se limitant à une liste de constats, qui n'est pas étayée. De plus, ces rapports médicaux ne permettent pas une appréciation différente du cas d'espèce puisque les plaintes évoquées par le Dr P._____ et les atteintes de santé objectivées ainsi que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H._____ sont connues et ils ne s'expriment nullement sur la capacité de travail du patient. En outre, le Dr H._____ a préconisé un traitement conservateur et la réévaluation dans un an après ladite consultation, élément qui n'était pas non plus de nature à fonder une aggravation de l'état de santé du recourant.

9.1.4 S'agissant de l'état de santé du recourant sur le plan somatique au moment de la décision dont est recours, à savoir au 3 octobre 2019, il ressort des nouvelles pièces produites par le recourant dans le cadre de la présente procédure que ce dernier souffre toujours de troubles dégénératifs au niveau de la colonne cervicale, dorsal et lombaire (annexes à TAF pce 1), en particulier la Dre G._____ a noté la présence d'un rétrécissement dégénératif du canal spinal, de plusieurs foramens intervertébraux au niveau cervical, des hernies discales en L3-L4 et L4-L5 ainsi qu'un canal étroit constitutionnel au niveau lombaire. Le Dr H._____ a ajouté que le recourant présentait un état stationnaire sans déficit neurologique clinique (annexe TAF pce 1). Sur le plan dermatologique, la Dr I._____ a expliqué que le recourant souffre encore d'un prurigo nodulaire confirmé par une biopsie cutanée (annexe à TAF pce 1).

Le Tribunal de céans constate que les diagnostics précités sont en substances identiques aux diagnostics et observations médicales évoqués précédemment. En outre, dans les rapports susmentionnés, les médecins portugais ne se prononcent pas sur les répercussions des atteintes constatées sur les limitations fonctionnelles du recourant et sa capacité de travail. Le diagnostic de prurigo nodulaire, bien que émis par un spécialiste en dermatologie, n'est selon toute vraisemblance prépondérante pas à même d'empêcher le recourant à exercer une activité professionnelle. Cela étant, la Dre I._____ a précisé qu'il n'y avait aucun signe de maladie néoplasique de la peau ou autre. Le Dr H._____, neurochirurgien, a, quant à lui, indiqué que l'état du recourant était stationnaire sans déficit neurologique clinique. Ces constats médicaux semblent indiquer que l'état de santé du recourant n'a pas subi de modification importante pouvant justifier

une aggravation et dès lors une appréciation médicale différente de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail.

9.1.5 C'est pourquoi, à l'instar de l'OAIE et de son service médical interne, le Tribunal de céans retient que sur le plan somatique le recourant est incapable à 70% d'exercer son activité habituelle de boucher-charcutier dès le 13 janvier 2010. En revanche, à compter de cette même date, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée, à savoir une activité évitant les travaux lourds, le port de charge de plus de 7kg, impliquant des travaux au-dessus de la tête et devant être exercée à l'abri du froid et de l'humidité. L'ensemble des constatations permet de conclure, en accord avec le médecin du service médical interne de l'OAIE (cf. TAF pce 7), que les situations 2013 et 2019 sont superposables et qu'il n'existe pas d'éléments propre à fonder une aggravation de l'état de santé du recourant.

9.2

9.2.1 D'un point de vue psychiatrique, la décision dont est recours s'est avant tout appuyée sur le rapport d'expertise psychiatrique du 7 juin 2019 (ci-après : le rapport d'expertise ; OAIE pce 130) et, sans le mentionner expressément, sur l'appréciation médico-juridique dudit rapport établie le 12 juillet 2019 (cf. OAIE pce 132), pour rejeter le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

9.2.2

Dans un premier temps, il sied dès lors d'analyser le rapport d'expertise susmentionné afin de vérifier s'il peut se voir accorder pleine valeur probante comme l'a estimé l'autorité inférieure.

9.2.2.1 Ledit rapport d'expertise a été établi par un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert possède dès lors les qualifications et connaissances nécessaires pour se prononcer sur l'état de santé psychique du recourant et son évolution.

9.2.2.2 L'expert y décrit de façon complète et circonstanciée l'anamnèse sous l'angle médical, psychiatrique, familiale, personnelle et économique (OAIE pces 130 p. 8 ss). Partant, le rapport a été élaboré en pleine connaissance de l'anamnèse.

9.2.2.3 Les plaintes exprimées par le recourant durant l'expertise sont retranscrites dans le rapport : ne pas pouvoir travailler à cause des douleurs à la nuque, au bas du dos, dit avoir une hernie, les mains enflés surtout le

matin, dit se sentir mal et entrer vite en conflit avec les gens, préférant ainsi rester à la maison (OAIE pce 130 p. 7), tristesse, sentiment de dévalorisation et de découragement lié à son état de santé, envie de ne rien faire, idées noires, sans toutefois vouloir se suicider, difficultés à dormir à cause des douleurs, nervosité et irritation à cause des douleurs (OAIE pce 130 p. 10).

9.2.2.4 Le rapport d'expertise se base sur l'étude de la documentation médicale et du dossier mis à disposition de l'expert par l'autorité inférieure (OAIE pces 116, 117 et 130 p. 3). L'expert a également procédé à un examen complémentaire le jour de l'expertise consistant en un dosage plasmatique des médicaments (OAIE pce 130 p. 4). Enfin, l'expert a analysé un rapport d'expertise daté du 28 mars 2019 du Dr D._____, remis en main propre par le recourant le jour de l'examen (OAIE pce 130 p. 4). Il y a lieu ainsi d'admettre que l'expert était en pleine connaissance du dossier du recourant au moment d'effectuer l'expertise.

9.2.2.5 Le déroulement de l'expertise est expliqué et les constatations qui ont été faites sont étayées dans le rapport (notamment OAIE pce 130 p. 11). Ainsi, un status clinique est posé. On apprend notamment qu'il n'existe pas d'arguments en faveur de troubles cognitifs. L'expert relève que le recourant ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension ou de la mémoire. D'un point de vue formel, le recourant ne présente pas de troubles de la pensée sous la forme de clivages, barages ou réponses à côté. L'expert note qu'il n'y a pas non plus de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénes-thésiques ou olfactives. Selon l'expert, le recourant n'a pas d'idées délirantes notamment de persécution au moment de l'entretien. S'agissant de la lignée dépressive, l'expert a noté l'existence d'une tristesse et une humeur dépressive d'un degré léger, sans toutefois retrouver de signes cliniques d'un ralentissement psychomoteur. Il a également constaté des troubles du sommeil. Le recourant ressent des sentiments de dévalorisation et de découragement liés à sa situation. Selon l'expert, l'élan vital n'est toutefois pas perturbé. Il n'a pas constaté d'idées noires ou d'envies suicidaires, le recourant n'ayant jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. L'expert ne retient pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux. L'examen clinique n'a pas révélé de nervosité, d'irritabilité, d'angoisses, de signes de claustrophobie (OAIE pces 130 p. 11-12).

En conséquence, le Tribunal remarque que les investigations menées par l'expert sont approfondies et complètes.

9.2.2.6 A la suite de ses constatations, l'expert ne peut pas retenir de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, il pose un diagnostic sans répercussion de trouble dépressif récurrent de degré léger avec syndrome somatique (F33.01) existant depuis 2014. L'expert a expliqué que ce diagnostic est secondaire à la douleur éprouvée par le recourant et ne perturbe pas les mécanismes adaptatifs de ce dernier (OAIE pce 130 p. 14-15).

9.2.2.7 Le rapport contient enfin une appréciation du cas et les réponses aux questions posées par l'autorité inférieure, comportant une prise de position sur les mesures médicales (OAIE pce 130 p. 15-18).

Aussi les conclusions de l'expert doivent-elles être considérées comme étant dûment motivées et leurs appréciations ne contenant pas de contradiction.

9.2.2.8 Il convient encore d'examiner si le rapport d'expertise psychiatrique suit la grille d'évaluation normative et structurée telle que développée par l'ATF 141 V 281.

Pour les indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel », le complexe « atteinte à la santé » est traité par l'expert dans son rapport notamment dans la présentation de l'anamnèse médicale et psychiatrique. L'expert a exprimé les éléments pertinents pour le diagnostic retenu de trouble dépressif léger avec syndrome somatique (F33.01) existant depuis 2014, sans toutefois pouvoir retenir de trouble de la personnalité ou d'addiction. L'expert n'a également pas pu retenir le diagnostic du psychiatre, le Dr D. _____, consulté par le recourant en mars 2019, à savoir celui du trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, n'étant pas étayé et ne correspondant pas aux éléments observés lors de l'expertise, ni aux éléments de l'anamnèse. De surcroît, l'expert a relevé que le recourant ne prenait pas le traitement de psychotropes qui lui aurait été prescrit et ne sait pas si le recourant les a déjà pris par le passé. Une prise de sang, effectuée le jour de l'examen, a en effet révélé que les médicaments psychotropes prescrits étaient pratiquement indétectables chez le recourant (OAIE pce 130 p. 14 et 15). Au demeurant, le recourant a expliqué avoir vu à deux reprises un psychiatre en 2018, ce qui est largement insuffisant, aux dires de l'expert, au vu des diagnostics retenus par le Dr. D. _____ en mars 2019. Le recourant ne semble dès lors pas avoir de véritable suivi psychiatrique. L'expert remarque néanmoins qu'une prise en charge psychiatrique régulière ne semble pas être indispensable, étant donné le degré léger du trouble dépressif (OAIE pce 130

p. 17). Le rapport n'évoque logiquement pas de comorbidité, dans la mesure où aucun trouble invalidant n'y est retenu. S'agissant du complexe « personnalité », l'expert a retenu que le recourant ne présente aucun trouble de la personnalité. En terme de ressources personnelles, l'expert a en effet remarqué que le recourant est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches, tout en sachant se montrer flexible et apte au changement, ainsi qu'à mobiliser ses compétences et connaissances. Il a également relevé que ses capacités sociales et de mobilité sont conservées. Il a cependant noté que la capacité de résistance et d'endurance du recourant est légèrement diminuée en raison des douleurs (OAIE pce 130 p. 16). Le complexe « contexte social » est décrit au moyen de l'anamnèse familiale, personnelle et des activités journalières du recourant (OAIE pce 130 p. 8-10). Quant aux indicateurs de la catégorie « cohérence », il ressort du rapport d'expertise que les plaintes formulées par le recourant ne sont ni plausibles, ni cohérentes eu égard à l'entretien ainsi qu'aux activités journalières décrites par le recourant, révélant ainsi plusieurs contradictions. Le recourant prétend en effet avoir peu d'amis alors qu'il se rend au bistrot tous les jours et qu'il va jouer aux cartes tous les dimanches. Le recourant soutient par ailleurs ne rien avoir envie de faire, alors qu'il est en mesure d'effectuer diverses activités, à savoir se promener, faire les commissions, préparer les repas, regarder la télévision pour notamment y suivre les matchs de football, pêcher parfois avec un ami et s'occuper de ses propres affaires administratives ainsi que de celles de son frère. L'expert a également signalé avoir rencontré des difficultés pour recueillir les informations précises de la part du recourant sur ses activités quotidiennes et a remarqué que la collaboration était à la limite de celle attendue au cours d'examen d'expertise (OAIE pce 130 pp. 9, 11 et 15). L'expert a en outre constaté que le recourant s'est montré plaintif quant à ses douleurs et légèrement triste au cours de l'examen (OAIE pce 130 p. 11).

9.2.2.9 En conséquence, le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise respecte la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence fédérale. Appréciée sous l'angle des critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, l'expertise psychiatrique diligentée par l'OAIE permet de conclure en la présence d'un trouble dépressif récurrent, de degré léger, avec syndrome somatique existant depuis 2014 et sans impact notable sur les capacités de fonctionnement du recourant puisque ce diagnostic, secondaire à la douleur, a toujours été d'un degré léger et ne perturbe pas les mécanismes adaptatifs du recourant. L'expert n'a par conséquent retenu aucune limitation fonctionnelle (OAIE pce 130 p. 15). Le recourant présente dès lors une capacité

de travail entière d'un point de vue psychiatrique et ce, depuis toujours (OAIE pce 130 p. 16).

9.2.3 Les autres rapports psychiatriques versés au dossier de l'autorité inférieure font état d'un diagnostic d'une dépression anxieuse liée à la pathologie organique, contribuant à l'aggravation des douleurs ressenties par le recourant (OAIE pces 29, 45, 76, 92 et 94). Plus particulièrement, le Dr Q._____, psychiatre, a à deux reprises, soit le 25 novembre 2014 et le 26 octobre 2016, expliqué que le recourant souffrait notamment de tristesse, d'ennui, d'anhédonie, d'apathie, de manque de volonté, de pensées ruminantes, d'anxiété permanente, d'un sommeil perturbé par des cauchemars, d'un manque de concentration et de difficultés à planifier et exécuter une quelconque tâche (OAIE pces 45 et 92). Ce médecin a en dernier lieu estimé l'incapacité de travail du recourant totale, dès lors qu'il était incapable de reprendre l'exercice d'une activité quelconque (OAIE pce 92). Ces rapports ont été soumis au service médical interne de l'OAIE, qui avait retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) dans une prise de position datant du 26 mars 2015 (OAIE pce 49), puis confirmé dans une prise de position ultérieure, soit le 6 janvier 2017 (OAIE pce 97). Les deux prises de position médicale ont considéré que les éléments constatés par les divers médecins ainsi que le diagnostic retenu ne justifiaient pas une incapacité de travail.

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit un rapport psychiatrique du 2 septembre 2019 du Dr D._____, dont la teneur et les conclusions sont identiques au rapport médical daté du 28 mars 2019 établi par le même médecin et examiné dans le cadre de l'expertise psychiatrique mise en œuvre par l'OAIE (OAIE pce 130 p. 21). Le Tribunal remarque que le Dr D._____ s'est contenté d'ajouter au rapport psychiatrique du 2 septembre 2019 une phrase signifiant une aggravation de l'état de santé psychique de son patient au cours des derniers mois, sans toutefois étayer son propos (annexe à TAF pce 1). L'on ne saurait considérer cela comme une preuve suffisante et vraisemblable d'un état de santé péjoré.

Le Tribunal constate que les rapports précités ne contredisent pas en tout point les conclusions retenues dans le rapport d'expertise du 7 juin 2019. Le Tribunal se doit notamment de remarquer que ceux-ci sont sommairement motivés, ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant – à l'exception des Drs Q._____ et D._____ – ni ses limitations fonctionnelles, et ne tiennent pas compte de la législation suisse et des réqui-

sits jurisprudentiels. De la sorte, ces rapports ne peuvent pas se voir accorder pleine valeur probante et ne seraient remettre en cause le bien-fondé des conclusions retenues dans le rapport d'expertise du 7 juin 2019.

9.2.4 Par conséquent, le Tribunal constate, à l'instar de l'OAIE et de son service médical interne, que le rapport d'expertise du 7 juin 2019 est conforme aux réquisits jurisprudentiels et doit, partant, se voir attribuer pleine valeur probante. Il n'existe aucun motif permettant de douter du bien-fondé et de s'écarter des motivations et conclusions retenues dans ledit rapport. Il s'ensuit que le recourant présente un trouble dépressif récurrent, de degré léger, avec syndrome somatique existant depuis 2014, qui n'a aucune répercussion sur sa capacité de travail.

9.3 Au vu de ce qui précède, la décision rendue par l'OAIE le 3 octobre 2019, rejetant la demande de prestations de l'assurance-invalidité du recourant, peut être confirmée sur le plan médical.

10.

Enfin, le recourant conteste le calcul du taux d'invalidité ayant mené l'OAIE à retenir un degré d'invalidité de 29%. Il reste ainsi à examiner le taux d'invalidité du recourant et déterminer si celui-ci est conforme au droit.

10.1 Aussi bien lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique / méthode extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif (art. 28a LAI). On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait, les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (*cf.* ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; 129 V 150 consid. 2.1 ainsi que les références citées).

10.2 Chez les assurés qui exercent une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGa). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, tout particulièrement s'agissant des indépendants, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capa-

tivité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (méthode extraordinaire ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ainsi que l'arrêt du TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). En revanche, si la cessation de l'activité indépendante du recourant et le changement de statut qui s'en suit (cotisations sociales en tant que personne sans activité lucrative) correspondent à une modification des circonstances conduisant à rendre exigible envers l'assuré l'exercice d'une activité salariée, respectivement à le considérer comme un hypothétique salarié, alors la méthode de comparaison des revenus s'applique et non pas la méthode extraordinaire (cf. arrêts du TF 9C_277/2013 du 28 août 2013, consid. 4.1.2, et 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 4.2.2). Quant aux assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel, le taux d'activité doit en règle générale être déterminé sur la base de la méthode mixte. Tel est aussi le cas lorsque l'assuré a réduit son temps de travail pour des raisons personnelles, étrangères à l'invalidité avant l'atteinte à la santé litigieuse. En revanche, si la réduction de l'horaire de travail est requise par l'état de santé de l'assuré avant l'atteinte à la santé litigieuse, on doit considérer que le recourant, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps et la méthode mixte n'est alors pas applicable (cf. ATF 129 V 150 consid. 2.1 et 2.2).

10.3 En l'espèce, le recourant a en dernier lieu exercé une activité lucrative salariée en qualité de collaborateur boucherie-charcuterie en gros à un taux de 100% auprès de la société portugaise B. _____ (OAIE pce 65 p. 6). C'est dès lors à raison que l'OAIE a *in casu* appliqué la méthode générale de comparaison des revenus (cf OAIE pce 70).

10.4

10.4.1 Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018, consid. 5.1).

10.4.2 Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité :

ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018, consid. 8.1).

Selon la jurisprudence, à défaut de salaires de référence tant sans qu'avec invalidité, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales. Pour le marché du travail suisse, il s'agit des enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêts du TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016, consid. 5.3.1 ; 9C_719/2015 du 3 juin 2016, consid. 5.1). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). Cas échéant, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

Dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b ; 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le pouvoir d'examen du Tribunal portant également sur l'opportunité d'une décision (cf. art. 49 PA), le TAF doit, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement, porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'administration et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif

pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; arrêts du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018, consid. 4 ; 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017, consid. 3.2).

10.4.3 Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre et ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 ; 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015, consid. 7.1). Ainsi, pour un assuré résidant à l'étranger, l'évaluation du revenu sur la base des données statistiques suisses est en principe justifiée, car au vu des raisons susmentionnées, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'assuré dans son Etat de résidence (MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, p. 421 n° 46 ; cf. arrêt du TF 9C_311/2009 du 2 décembre 2009, consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-6976/2008 du 22 avril 2010, consid. 11.2.3). Dans une affaire, le Tribunal fédéral a cependant laissé ouverte la question de l'application des données économiques de l'Etat de résidence au cas où elles auraient la même fiabilité et représentativité que celles qui sont disponibles en Suisse (arrêt du TF I 232/06 du 25 octobre 2006, consid. 4).

10.4.4 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. En outre, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1 ; 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019, consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016, consid. 5.2).

10.4.5 Enfin, le degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente est ainsi donné par la différence entre un rapport de 100% et celui, exprimé également en pour cent, qui existe entre le revenu d'invalidé (RI) et le revenu des personnes en bonne santé (RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante : $[(RS-RI) \times 100]/RS = x\%$ (ch. 3076 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]).

10.5

10.5.1 En l'occurrence, les niveaux de rémunération et le coût de la vie n'étant pas les mêmes en Suisse et au Portugal, c'est à bon droit que l'autorité inférieure a déterminé – en dernier lieu le 4 juillet 2016 (OAIE pce 70) – le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS. Cette manière de faire permet une comparaison des revenus sur le même marché du travail conformément à la jurisprudence précitée. Elle se justifie d'autant plus que le dossier ne contient pas de salaire de référence après l'atteinte à la santé du recourant.

L'OAIE s'est en outre fondé sur les données statistiques 2012 lorsqu'il a évalué l'invalidité du recourant. Il convient toutefois de se fonder sur les dernières données disponibles au moment où la décision contestée a été rendue, soit le 3 octobre 2019. Les données statistiques 2016, publiées le 6 mai 2019 et en vigueur au moment de la décision attaquée, sont en l'occurrence applicables.

10.5.2 S'agissant du revenu sans invalidité, l'Office intimé a retenu le salaire mensuel brut d'un employé accomplissant des tâches telles que l'utilisation de machines et d'appareils électroniques (niveau de compétence 2) dans l'industrie alimentaire s'élevant en 2016 pour un homme à CHF 5'289.- pour 40h/semaine (ESS 2016, tableau TA1_skill_level ; NOGA 2008, notes explicatives, p. 24 ss), respectivement à CHF 5'593.12 pour 42.3h/semaine usuelles dans la branche (OFS, Durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique).

10.5.3 Pour le revenu avec invalidité, l'OAIE s'est basé sur le salaire brut mensuel d'un salarié exerçant dans le secteur tertiaire et accomplissant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) se montant en 2016 pour un homme à CHF 4'967.- pour 40h/semaine (ESS 2016, tableau TA1_skill_level ; NOGA 2008, notes explicatives, p. 129), respectivement à CHF 5'178.- pour 41.7h/semaine usuelles dans le secteur (OFS, Durée normale de travail dans les entreprises). Conformément à la jurisprudence (ATF 142 V 178 consid. 2.5 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa), cette solution tient compte du marché du travail entier, recouvrant les salaires du secteur des services, qui contient un large éventail d'activités simples adaptées aux limitations du recourant (cf. arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1) et ne nécessitant pas de formation ou de connaissances professionnelles particulières, telles que les activités énoncées par le médecin du service médical interne de l'OAIE, à savoir notamment surveillant de parking ou de musée, vendeur par correspondance, vendeur de billets, activité d'enregistrement, de classement et d'archivage, réceptionniste, standardiste et saisie de données (OAIE

pce 43 p. 3). Ainsi, le grief du recourant selon lequel ses chances de succès de réintégrer le marché du travail seraient nulles est dès lors infondé et doit être rejeté.

L'OAIE a ensuite pratiqué un abattement de 15% sur la valeur statistique compte tenu du taux d'exigibilité des activités de substitution (100%), les limitations fonctionnelles importantes en relation avec les atteintes à la santé, l'âge du recourant et le manque de formation. En effet, notamment l'âge du recourant et son faible niveau de formation peuvent avoir comme conséquence que celui-ci gagnerait un salaire inférieur à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du TF 9C_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.2). Le Tribunal peut par conséquent confirmer le taux d'abattement de 15%. Le revenu avec invalidité se monte dès lors à CHF 4'401.30.

10.5.4 La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de CHF 1'191.82 (CHF 5'593.12 – CHF 4'401.30), correspondant à un taux d'invalidité de 21.30% (CHF 1'191.82 / CHF 5'593.12 x 100%). Ce degré n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité conformément à l'art. 28 al. 1 LAI.

10.6 Au vu de ce qui précède, l'OAIE a à juste titre refusé le droit à une rente d'invalidité au recourant.

11.

Par conséquent, le recours est rejeté et la décision attaquée du 3 octobre 2019 confirmée.

12.

Les frais de procédure fixés à CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui a succombé, conformément à l'art. 63 al. 1 PA, et ils sont prélevés sur l'avance de frais versée par le recourant dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 3-5).

En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté et l'OAIE en tant qu'autorité n'y ayant pas droit (art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF [RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté et la décision de l'OAIE du 3 octobre 2019 confirmée.

2.

Les frais de procédure de Fr. 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais, d'un même montant, versée en cause le 19 décembre 2019.

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 :

La greffière :

Caroline Bissegger

Egzona Ajdini

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 :