



Cour VI
F-1715/2022

Arrêt du 5 octobre 2023

Composition

Gregor Chatton (président du collège),
Christoph Rohrer, Susanne Genner, juges ;
Mélanie Balleyguier, greffière.

Parties

A. _____, (France),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ; droit à la rente, nouvelle demande ;
décision du 4 mars 2022.

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1963, est un ressortissant français, célibataire et sans enfant, actuellement domicilié en France. Il a travaillé en Suisse de 1985 à 1992, en qualité de polisseur sur boîte et cadran de montre, en cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse.

A.b L'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance invalidité (ci-après : AI) le 22 mars 2018, reçue le 18 juin 2018 par l'Office de l'AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE), en invoquant être atteint d'une maladie de Crohn symptomatique, d'une lésion colique ainsi que d'une insuffisance surrénalienne et de migraines.

Par décision du 20 mai 2019, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de la capacité de gain de 5%.

B.

B.a L'assuré a déposé une nouvelle demande le 2 mars 2020, reçue par l'OAIE le 3 août 2021, en invoquant, en sus des atteintes déjà mentionnées dans sa première demande, une furonculose ainsi qu'une cholestase.

B.b Sur la base de l'avis du Service Médical régional Suisse romande (ci-après : SMR) du 15 novembre 2021, lequel s'appuyait sur les différents rapports médicaux versés au dossier, l'OAIE a adressé, en date du 14 janvier 2022, un projet de décision à l'assuré tendant au rejet de sa demande.

Par courrier du 9 février 2022, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité, en invoquant notamment que la perte de gain retenue était sous-évaluée. Il a également produit des documents supplémentaires.

B.c Par décision du 4 mars 2022, notifiée le 9 mars 2022, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'AI de l'assuré, au motif que l'état de santé de l'assuré n'avait pas connu d'aggravation significative depuis la dernière décision.

C.

C.a Le 8 avril 2022 (date du sceau postal), l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-

après : le Tribunal ou TAF) en concluant à la reconnaissance d'une invalidité d'au moins 40%.

C.b Par décision incidente du 26 avril 2022, le Tribunal a invité le recourant à payer une avance sur les frais présumés dans les 30 jours dès réception de la décision. Celle-ci a été versée le 2 mai 2022.

C.c Par courrier du 16 juin 2022, l'OAIE a transmis un document médical reçu de l'organisme de liaison.

Dans sa réponse du 4 juillet 2022, il a conclu au rejet du recours, tout en transmettant une prise de position médicale du SMR du 20 juin 2022.

C.d Par réplique du 22 août 2022, le recourant a maintenu son recours.

Par duplique du 13 septembre 2022, l'autorité inférieure a retenu qu'aucun élément ne modifiait ses conclusions.

C.e En date du 16 septembre 2022, le Tribunal a transmis la duplique de l'autorité inférieure au recourant pour information.

C.f Le 9 juin 2023, le Tribunal a informé le recourant que pour des motifs d'ordre organisationnel, la Cour VI du Tribunal était désormais compétente pour le traitement de la procédure.

D.

Les autres éléments contenus dans les écritures précitées seront examinés, si nécessaire, dans les considérants en droit ci-dessous.

Droit :

1.

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

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du

droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

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

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATAF 2014/24 consid. 2.2 ; 2009/57 consid. 1.2 ; arrêt du TF 1C_214/2015 du 6 novembre 2015 consid. 2.2.2). Aussi peut-il admettre ou rejeter le pourvoi pour d'autres motifs que ceux invoqués. Cela étant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c).

3.

3.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références citées), sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 4 mars 2022, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours, à savoir : jusqu'au 31 décembre 2021, au regard des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que

modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ; et, dès le 1^{er} janvier 2022, au regard des modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que de celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706).

3.2 Dans la mesure où, en l'espèce, l'application du nouveau droit pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 4 mars 2022 n'est pas plus favorable au recourant, les dispositions citées ci-après sont, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. arrêt du TAF C-2947/2022 du 31 octobre 2022 consid. 4.1).

4.

4.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 4 mars 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; arrêt du TF 9C_115/2022 du 22 mars 2023 consid. 5.1.2 *in fine*). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_628/2020 du 29 juillet 2021 consid. 5.2.2).

En l'espèce, le rapport médical de la Dre B._____ et de la Dre C._____ du 4 mars 2022 (act. TAF 1), ainsi que la prise de position du SMR du 20 juin 2022 (act. TAF 6) permettent de mieux comprendre l'état de santé du recourant au moment où la décision de l'OAIE a été rendue. En effet, le premier – daté du même jour de la décision attaquée – est un examen effectué dans le cadre de l'évolution de la maladie de Crohn du recourant. Le deuxième résume et porte une appréciation sur les derniers rapports médicaux – antérieurs à la décision attaquée – apportés au dossier. Ils sont ainsi pris en considération par le Tribunal.

4.2 Vu par ailleurs les éléments d'extranéité ressortant du dossier, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du

Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi que le règlement [CE] n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement [CE] n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5).

5.

La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, en refusant de lui octroyer une rente au motif qu'il n'y avait pas de modification de son état de santé. Il est par ailleurs constant que le recourant, qui a totalisé plus de 36 mois de cotisations à l'AVS/AI suisse, remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente conformément à l'art. 36 al. 1 LAI (voir aussi art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n° 883/2004 ; FF 2005 p. 4065). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

5.1 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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 réadaptation

exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 2 1^{ère} phrase LPGA). On entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 1^{ère} phrase LPGA).

En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 2^e phrase LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase, LPGA).

5.3 Aux termes de l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon laquelle le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine le degré d'invalidité (ATF 148 V 419 consid. 5.1 ; 137 V 334 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.4.2; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). Toute comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché de travail car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre 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 ; arrêt du TAF C-5476/2019 du 10 novembre 2022 consid. 14.1).

6.

6.1 Dans sa première décision du 20 mai 2019, l'OAIE a retenu que le recourant était atteint de la maladie de Crohn, entraînant fatigue et troubles digestifs. Les traitements pour le cancer colique suivis par le recourant ne modifiaient pas ses limitations fonctionnelles et n'entraînaient que des incapacités de travail de courte durée, tout comme l'insuffisance surrénalienne dont il était atteint (act. OAIE 27).

L'OAIE a dès lors conclu à une incapacité de travail de 100% dans la dernière activité exercée (polisseur sur boîte et cadran de montre), mais à une incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles de 0%, avec une diminution de gain de 5%. Cette décision non contestée, est entrée en force et limite l'examen de la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

6.2 A cet égard, les critiques émises par le recourant sur la manière de calculer les revenus avec et sans invalidité dans le cadre de la décision du 20 mai 2019 sortent de l'objet du litige et ne seront donc pas examinés plus avant (cf., concernant l'objet du litige, l'ATF 144 II 359 consid. 4.3).

6.3 Selon la jurisprudence, lorsque l'administration – comme en l'occurrence – entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit analyser si une modification du degré d'invalidité est intervenue. Elle doit procéder de manière analogue à la révision au sens de l'art. 17 LPGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (ATF 147 V 234 consid. 2.1).

La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 147 V 161 consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 145 V 141 consid. 5.4).

6.4 En l'espèce, il n'est pas contesté que le dernier examen matériel du droit à la rente du recourant, tel que décrit ci-dessus, a été effectué dans la décision du 20 mai 2019. Dès lors, le Tribunal examinera le bienfondé

de la décision querellée en se prononçant sur la question de savoir si le recourant a subi une modification notable de sa situation depuis cette date et si cette modification est propre à influencer sur son droit à une rente d'invalidité.

7.

7.1 Les éléments médicaux antérieurs à la décision du 20 mai 2019, déjà pris en compte dans le cadre de cette dernière, ne seront pas réexaminés ici. A cet égard, la présentation par le recourant de l'historique de son parcours médical, notamment de l'évolution de sa maladie de Crohn, et de ses conséquences, ne sera donc pas spécifiquement abordé.

7.2 Les pièces médicales suivantes ont été produites dans le cadre de la nouvelle demande précitée :

- un rapport médical E213 du 26 janvier 2021 de la Dre D._____, médecin de la caisse primaire d'assurance maladie, indiquant que le recourant présente une maladie de Crohn diagnostiquée en 1992, une insuffisance surrénalienne sous traitement, des migraines, une furonculose traitée par intermittence et une cholestase depuis 2020, mais retient, à titre de diagnostic, uniquement la maladie de Crohn et une tumeur maligne du côlon. Elle précise qu'un cancer du côlon gauche a été découvert en 2010, et est en rémission depuis 2016. La praticienne considère que la capacité de gain est donc réduite de deux tiers pour toute activité correspondant aux aptitudes de l'intéressé. (cf. act. OAIE 29) ;
- une prise de position médicale du 20 août 2021 du Dr E._____, médecin SMR, relevant que la cholestase démontrée biologiquement depuis juin 2020 rend plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il requiert dès lors une copie de tous les examens pratiqués (y.c. radiologique) et la transmission d'un diagnostic (cf. act. OAIE 39 et 40).

7.3 Suite à cela, les rapports suivants ont été transmis au dossier :

- un rapport médical E213 du 18 décembre 2019 du Dr F._____, dermatologue et vénérologue, consulté suite à une dermatose récidivante des fesses, lequel indique qu'il procédera à des prélèvements en cas de nouvelle lésion active (cf. act. OAIE 48) ;
- un rapport médical du 24 juin 2020 du Dr G._____, rhumatologue, indiquant que le recourant se plaint de polyarthralgies (genoux, mains,

poignets avec des gènes nocturnes et tendance au gonflement, sans dérouillage franc), et constatant l'absence d'anomalie lors de l'examen clinique (cf. act. OAIE 49) ;

- un résultat d'une IRM cérébrale du 19 mars 2021 du Dr H. _____, radiologue, avec indication d'un bilan de céphalées frontales gauches récurrentes et chroniques et concluant à l'absence de syndrome de masse ou d'anomalie de signal décelable à l'étage cérébral (cf. act. OAIE 50) ;
- un scanner des sinus du 9 juin 2021 de la Dre I. _____, laquelle se prononce en faveur d'une polypose nasosinusienne de stade 2 (cf. act. OAIE 51) ;
- le résultat d'un examen en laboratoire (microbiologique) du 29 juin 2021 d'un furoncle au niveau du ventre, identifiant quelques colonies de staphylococcus aureus (cf. act. OAIE 52) ;
- un rapport médical du 6 septembre 2021 de la Dre B. _____ concluant à une récurrence mineure de l'activité inflammatoire au niveau du réservoir ainsi qu'au diagnostic d'une cholangite sclérosante primitive et prescrivant un contrôle du réservoir de façon annuelle (cf. act. OAIE 54) ;
- une prise de position médicale du 15 novembre 2021 du Dr E. _____, médecin SMR, lequel considère que les nouvelles informations médicales font état d'un état de rémission sur le plan oncologique, d'une stabilité de la maladie de Crohn et de la présence d'une cholangite sclérosante primitive, sans retentissement clinique actuel. Dès lors, en présence d'une aggravation purement biologique non significative, une capacité de travail totale demeure exigible dans une activité adaptée. Il souligne par ailleurs que l'assuré travaille à temps partiel pour transporter des lycéens (cf. act. OAIE 59).

7.4 Les rapports médicaux suivants ont été produits au cours de la procédure de recours :

- un rapport médical du 18 novembre 2021 de la Dre J. _____ reprenant le diagnostic de cholangite sclérosante primitive (cf. act. TAF 1) ;
- un rapport médical E213 du 21 décembre 2021 du Dr K. _____ et faisant suite à un examen pratiqué le 15 décembre 2021, lequel pose comme seul diagnostic la maladie de Crohn (K50) (cf. act. TAF 5) ;

- un rapport médical du 16 février 2022 du Dr G. _____ rhumatologue, faisant état d'une ostéoporose rachidienne et d'une ostéopénie fémorale, sans préciser l'impact de celles-ci sur la capacité de travail de l'assuré (cf. act. TAF 1) ;
- un rapport médical du 4 mars 2022 de la Dre B. _____ et de la Dre C. _____ concluant à une récurrence de la maladie de Crohn avec trois ulcères superficiels de l'anastomose iléo iléale, iléon d'amont sain et à une anastomose iléo anale sténosée dilatée au doigt (cf. act. TAF 1) ;
- une prise de position du 20 juin 2022 du Dr E. _____, laquelle considère que l'ostéoporose n'a pas de conséquence clinique et que la mise en évidence de la cholestase persistante est également sans répercussion clinique. De plus, la reprise de l'activité inflammatoire de la maladie de Crohn est décrite comme mineure et sans autre conséquence clinique qu'une émission de selles 6-7 fois par jour, soit un trouble déjà connu et pris en compte dans les avis précédents (cf. act. TAF 6).

8.

8.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3).

8.2 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 143 V 418 consid. 6).

8.3 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, TF 9C_344/2022 du 20 février 2023 consid. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2 ; 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées).

8.4 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C_29/2021 du 25 octobre 2021 consid. 3 ; 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 145 V 97 consid. 8.5). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 137 V 210 consid. 6.2.4).

9.

9.1 En l'espèce, le Tribunal constate que les prises de position du SMR se basent sur un dossier complet, suite à une étude circonstanciée du cas du

recourant. En effet, tous les documents transmis ont été pris en compte par le Dr E. _____, qui dans sa prise de position du 20 juin 2022, résume les différents diagnostics et conclusions formulés par les médecins traitants. De plus, les plaintes exprimées par le recourant dans son courrier du 9 février 2022 ont été prises en considération. Bien que la première prise de position du 15 novembre 2021 soit succinctement motivée, la deuxième prise de position du 20 juin 2022 est plus détaillée et permet de comprendre les raisons pour lesquelles il ne ressort pas des différents rapports médicaux une aggravation significative de l'état de santé. En outre, aucun élément au dossier ne permet de remettre en doute ses conclusions. Plus particulièrement, le Tribunal constate que les rapports médicaux produits ne mentionnent pas que l'état de santé du recourant se serait aggravé ou que les nouveaux éléments auraient un effet sur sa capacité de travail.

Il apparaît ainsi, selon le principe de vraisemblance prépondérante, que le recourant n'a pas connu une aggravation de son état de santé telle qu'elle justifierait l'octroi d'une rente AI.

9.2 Par ailleurs, le recourant a joint à son recours la décision de la Commission française des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du 6 décembre 2019 rejetant sa demande d'une allocation aux adultes handicapés (AAH), laquelle indique qu'il présente un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50% et inférieur à 80%. Il s'agit cependant de rappeler que l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (cf. consid. 4.2 *supra* ; cf., également, consid. 5.2 *supra* concernant la notion d'invalidité en droit suisse). De même la décision du 6 décembre 2019 reconnaissant la qualité de travailleur handicapé de la CDAPH – permettant de bénéficier d'un soutien pour accéder à un emploi ou le maintenir – n'est pas pertinente pour l'issue de la cause.

Ces considérations s'appliquent également aux taux d'invalidité retenus dans le rapport médical E213 du 26 janvier 2021, lequel fait état d'un taux d'invalidité du 2^e degré pour l'activité exercée en dernier lieu et d'un taux d'invalidité de deux tiers pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'intéressés, en vertu de la législation du pays de résidence (soit en l'espèce, la France), laquelle ne lie pas les autorités suisses. Par surabondance, il est rappelé que, en droit suisse, il n'appartient pas au médecin de définir le degré d'invalidité mais uniquement à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses

limitations (cf. consid. 8.2 *supra* ; cf., également, arrêt du TAF C-294/2018 du 26 janvier 2022 consid. 7.5 et les références citées).

9.3 Le Tribunal constate également que l'activité exercée actuellement par le recourant ne remplit pas tous les critères d'une activité adaptée au sens de la décision de l'OAIE du 20 mai 2019. Cela étant, bien que les difficultés énoncées par le recourant pour retrouver une activité adaptée soient compréhensibles, il est rappelé que les difficultés du marché de l'emploi et les limitations liées à une période d'interruption de l'activité professionnelle ne sont pas des facteurs d'invalidité. En effet, il est examiné le revenu d'une activité qui peut être raisonnablement exigée sur un marché de travail équilibré (cf. consid. 5.3 *supra*).

9.4 Au vu des éléments qui précèdent, il n'y a pas de modification significative de l'état de santé du recourant justifiant l'octroi d'une rente AI. Par tant, en tant que recevable, le recours est rejeté et la décision du 4 mars 2022 est confirmée.

10.

10.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée le 2 mai 2022 (act. TAF 3).

10.2 Pour le même motif, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont prélevés sur l'avance de frais, d'un même montant, versée le 2 mai 2022.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

Le président du collège :

La greffière :

Gregor Chatton

Mélanie Balleyguier

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 :