



---

Cour VI  
F-3787/2021

## **Arrêt du 13 septembre 2024**

---

Composition

Claudia Cotting-Schalch (présidente du collège),  
Beat Weber, Yannick Antoniazza-Hafner, juges,  
Oliver Collaud, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (Espagne)  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 13 juillet 2021).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assuré, intéressé ou recourant) est un ressortissant espagnol né le (...) 1959. Il a travaillé en Suisse comme maçon d'avril 1986 à décembre 1991 et a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. Il est ensuite parti vivre en Espagne, où il a travaillé en tant qu'indépendant, tout d'abord comme gérant de bar pendant treize ans, puis a repris une entreprise de construction avec son frère. Après un accident de la circulation survenu le 5 juillet 2010, il a cessé toute activité professionnelle et perçu une rente d'invalidité espagnole dès septembre 2011.

**B.**

**B.a** Le 31 août 2011, le prénommé a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure), qui l'a enregistrée le 15 septembre 2011 (OAIE pce 9).

**B.b** Sur la base de la documentation médicale versée au dossier et d'une expertise interdisciplinaire du 20 septembre 2012, l'OAIE a rendu le 18 avril 2013, une décision accordant à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> au 29 février 2012. L'incapacité de travail retenue dans l'activité habituelle était de 80% à partir du 4 juillet 2010, celle dans une activité adaptée de 0% à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011, pour un degré d'invalidité de 33% (OAIE pce 70). Aucun recours n'a été déposé contre cette décision, qui est ainsi entrée en force.

**B.c** A.\_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité, le 18 novembre 2019 (OAIE pce 88).

**B.d** Procédant à l'instruction de cette demande, l'autorité inférieure a recueilli, sur le plan économique, un « Questionnaire à l'assuré » daté du 20 janvier 2020 (OAIE pce 100). Le Dr. B.\_\_\_\_\_, médecin FMH en médecine interne générale et médecin SMR certifié, a indiqué le 17 février 2020, qu'il n'y avait aucun document médical attestant d'un changement de l'état de santé de l'intéressé qui avait été fourni (OAIE pce 102).

Dans son projet de décision du 19 février 2020, qu'il a fait parvenir à l'intéressé, l'OAIE s'est fondé sur la prise de position précitée et a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une nouvelle rente

d'invalidité, compte tenu d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (OAIE pce 103).

**B.e** Par courrier du 18 mars 2020, le prénommé a contesté ce préavis, demandant de procéder à un réexamen de sa demande. Il a affirmé qu'il était inapte à l'exercice de toute activité lucrative depuis son accident survenu le 5 juillet 2010 en raison de ses maladies permanentes. Il a aussi soutenu que les composants métalliques de sa prothèse lui procuraient des problèmes dermatologiques et que celle-ci lui causait de plus en plus de douleurs. De plus, cette situation avait généré chez lui des pathologies psychiatriques qui sont encore en cours de traitement et qui l'empêchent de travailler (OAIE pce 108).

**B.f** Le 7 avril 2020, l'autorité inférieure lui a octroyé un délai de 60 jours afin qu'il transmette toutes les pièces médicales en sa possession, postérieures à la décision du 18 avril 2013, en particulier celles de son psychiatre et de son médecin traitant (OAIE pce 109).

**B.g** L'intéressé a transmis à l'OAIE les documents médicaux suivants :

- Un rapport du 14 avril 2016 du Dr. C. \_\_\_\_\_ qui indique que le patient se plaint d'une douleur à la cheville gauche et d'un déficit de flexion-extension. Les radiographies de la cheville montrent une arthrose post-traumatique avec une sclérose, une diminution de l'espace tibio-astragalien et un ostéophyte antérieur. Il ajoute que l'intéressé ne peut rester debout plus d'une demi-heure, ni marcher plus d'un demi-kilomètre, qu'il a des difficultés pour monter et descendre les escaliers et les pentes, et qu'il est incapable de porter du poids. Il a aussi une douleur à l'épaule gauche (OAIE pce 119).
- Un rapport de radiologie concernant l'extrémité supérieure gauche du 9 janvier 2020 de la Dresse D. \_\_\_\_\_ qui fait état d'une asymétrie de l'interligne articulaire gléno-huméral, avec une diminution aux niveaux postérieur et inférieur (OAIE pce 117).
- Un rapport du 3 mars 2020 qui mentionne une douleur à l'insertion distale du tendon d'Achille (OAIE pce 118).
- Un rapport du 23 mars 2020 du Dr. E. \_\_\_\_\_ qui indique une douleur à la cheville ainsi qu'à l'épaule gauche, en cours d'étude par le service de traumatologie (OAIE pce 111).

- Un rapport du 22 avril 2020 de la Dresse F.\_\_\_\_\_ qui atteste que l'intéressé est suivi en psychiatrie depuis 2010 en raison d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) (OAIE pce 116).

**B.h** Après analyse de la documentation médicale reçue, l'OAIE a prié le service de gestion de soumettre l'assuré à une nouvelle visite médicale. Dans son courrier du 30 juillet 2020, il a demandé un rapport psychiatrique et un examen orthopédique, tous deux détaillés et comportant un statut médical exhaustif ainsi que la copie de toute autre documentation médicale disponible (OAIE pce 127).

**B.i** L'assuré a produit différents rapports en réponse à la demande de l'OAIE :

- Le rapport de radiologie du 14 août 2014 de la Dresse G.\_\_\_\_\_ du thorax faisant état d'aucune altération significative, à l'exception d'une prothèse gléno-humérale métallique à gauche (pce OAIE 144),
- Le rapport de radiologie du 9 décembre 2016 de la Dresse G.\_\_\_\_\_ du thorax indiquant un épaissement du tissu péribronchovasculaire, sans autre signe pathologique, et un trouble dégénératif avec ostéophytose des bords antérieurs des vertèbres dorsales (pce OAIE 143),
- Le rapport de médecine d'urgence du 25 août 2016 de Dresse H.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic d'une possible fracture de la phalange distale du premier orteil droit avec arrachement partiel de l'ongle (pce OAIE 141),
- Le rapport de médecine d'urgence du 30 avril 2018 de Dresse I.\_\_\_\_\_ faisant état d'une diarrhée aiguë (pce OAIE 140),
- Le rapport du 5 août 2020 de la Dresse J.\_\_\_\_\_ indique une gonalgie gauche (OAIE pce 135).
- Le rapport du 28 août 2020 de la Dresse I.\_\_\_\_\_ fait état d'une douleur de longue date au genou gauche et conclut au diagnostic de gonalgie gauche (OAIE pce 134).
- Le rapport du 21 octobre 2020 de la Dresse F.\_\_\_\_\_ indique un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) et relève que le patient n'est apte à aucun type d'activité professionnelle (OAIE pce 133).

- Un rapport de radiologie du 28 octobre 2020 de la Dresse D. \_\_\_\_\_ (radiologue) contient une étude échographique du tendon d'Achille et indique une tendinite (OAIE pce 132).
- Des observations du 18 novembre 2020 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ font état d'un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) accompagné d'anxiété et d'insomnies. Elle a ajouté une incapacité de travail totale pour la profession habituelle de l'intéressé (OAIE pce 131).
- Un examen de l'appareil musculosquelettique du 27 novembre 2020 du Dr. K. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédique et traumatologique) dont il ressort des séquelles de la coiffe et un déficit gléno-huméral gauche. Il est aussi indiqué que l'assuré boite en raison d'une douleur tibio-talaire gauche, qu'il a une tendinose d'Achille droite et un épanchement au genou gauche (OAIE pce 130).

**B.j** Le 19 janvier 2021, le Dr. B. \_\_\_\_\_ a, à la lumière de ces nouveaux rapports, jugé qu'il n'y avait pas eu de changement significatif dans les déficits fonctionnels, à part une possible augmentation de la douleur au genou gauche. Il a ajouté qu'aucun rapport médical n'indiquait de problèmes dermatologiques en lien avec la prothèse. Il a donc retenu une incapacité totale de travail pour un travail habituel mais une pleine capacité pour un travail adapté (OAIE pce 151).

Le 15 mars 2021, le Dr. L. \_\_\_\_\_, médecin FMH en psychiatrie et psychologie et médecin SMR certifié, a relevé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) était noté dans tous les rapports psychiatriques. Il a expliqué que ce diagnostic était posé lorsque le patient avait eu par le passé un épisode léger, modéré ou grave de dépression mais qu'il n'avait plus de symptôme dépressif depuis plusieurs mois. Selon lui, d'un point de vue psychiatrique, il n'était pas possible sur cette base d'attester d'une incapacité de travail pour toute activité professionnelle (OAIE pce 152).

**B.k** Aux termes d'un nouveau préavis du 16 avril 2021 annulant et remplaçant celui du 19 février 2020, l'autorité inférieure a communiqué à l'assuré qu'elle n'avait pas constaté de changement significatif ni dans les déficits fonctionnels ni sur le plan psychiatrique. Ainsi, une activité adaptée, légère, en position assise, en évitant la marche sur des terrains irréguliers, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, les montées/descentes d'escaliers, le travail avec les bras au-dessus de la tête et en évitant les expositions au froid et aux intempéries restait pleinement exigible. Elle a

donc fait part à l'assuré de son intention de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité (OAIE pce 158).

**B.i** Le 24 mai 2021, l'assuré a formulé ses observations contre ce préavis. Il a notamment soutenu qu'il n'était pas possible de trouver une activité lucrative avec des limitations telles que décrites dans le préavis (OAIE pce 161).

**B.m** Le 13 juillet 2021, l'OAIE a rendu une décision confirmant le refus de rente (OAIE pce 162).

**C.**

**C.a** Par acte du 18 août 2021, l'intéressé a interjeté recours devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) contre cette décision. Il requiert l'annulation de celle-ci et conclut principalement à ce qu'une rente lui soit versée (TAF pce 1).

**C.b** Par décision incidente du 31 août 2021, le TAF a invité le recourant à payer une avance de frais de 800 francs, sous peine d'irrecevabilité du recours, montant acquitté en temps utile (TAF pces 3 et 5).

**C.c** Dans sa réponse du 16 novembre 2021, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a soutenu que la nouvelle documentation médicale avait confirmé que l'assuré était apte à exercer une activité adaptée (TAF pce 8).

**C.d** Par réplique du 28 décembre 2021, le recourant a réitéré ses arguments (TAF pce 11).

**C.e** Par duplique datée du 3 février 2022, portée à la connaissance de l'intéressé le 9 février 2022, l'autorité inférieure a persisté dans ses conclusions, aucun élément apporté par le recourant ne lui permettant de modifier sa position (TAF pce 13).

**D.**

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

**Droit :****1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales 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. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de 800 francs ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA).

**2.**

**2.1** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II : Les actes administratifs et leur contrôle, 3ème éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6).

**2.2** Le Tribunal 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 (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3ème éd., 2022, n° 1.55 ; cf. également JEAN MÉTRAL, in : Dupont/Moser-Szeless [éd]., Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales [LPGA], 2018, ad art. 61 no 74 ss). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 al. 1 PA).

### **3.**

**3.1** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1, 139 V 335 consid. 6.2, 136 V 24 consid. 4.3).

**3.2** En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 13 juillet 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce. Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent par conséquent en l'espèce et seront celles citées ci-après.

**3.3** 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 13 juillet 2021. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative

(cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêts du TF 9C\_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2, 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

#### **4.**

En l'occurrence, l'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié dans son pays d'origine, ayant travaillé en Suisse. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). Les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353) sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois 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). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

#### **5.**

Pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et compter au moins

trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, une année au moins de cotisations en Suisse devant néanmoins pouvoir être comptabilisée (FF 2005 p. 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390 consid. 6.2.2). Il ressort du dossier que l'assuré a déjà été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité suisse et qu'il compte 57 mois de cotisations à l'AVS/AI suisse, de sorte qu'il remplit incontestablement la condition afférente à la durée minimale de cotisations (OAIE pces 46 et 91). Il convient à présent d'examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

## **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 (art. 8 al. 1 LPGa). 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). Selon l'art. 7 al. 1 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 réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 phr. 1 LPGa). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, 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 LPGa). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que ceux exercés habituellement (art. 6 phr. 2 LPGa).

**6.2** La rente est échelonnée selon le degré d'invalidité en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au

moins (art. 28 al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]).

**6.3** En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, 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 (cf. supra consid. 2.1) ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du TF 9C\_576/2021 du 2 février 2022 consid. 3). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). 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 ; arrêt du TF 9C\_351/2020 du 21 septembre 2020 consid. 3.1). Il convient de procéder de la même manière que dans les cas de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1, 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêts du TF 9C\_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2, 9C\_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2, 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2).

**6.4** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C\_339/2017 du 1<sup>er</sup> février 2018 consid. 3).

## 7.

**7.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 143 V 418 consid. 6, 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

**7.2** 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, 125 V 351 consid. 3a). 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 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit., 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2,

9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 LAI n° 33).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 [publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49] consid. 5.5, 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 48 et 49).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43).

**7.3** Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des

rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C\_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss, 8C\_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

**7.4** Les prises de position des SMR ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2, 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, 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 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

## **8.**

En l'espèce, le Tribunal constate en premier lieu que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 18 novembre 2019. En effet, l'OAIE a procédé à l'instruction de celle-ci en soumettant le dossier du recourant à plusieurs reprises à son service médical (avis SMR des 17 février, 8 mai 2020, 19 janvier et 15 mars 2021 ; OAIE pces 102, 123, 151 et 152) et en transmettant un formulaire à l'intéressé (questionnaire à l'assuré ; OAIE pce 100), puis en statuant sur le fond dans la décision querellée du 13 juillet 2021.

Dans ces circonstances, l'examen portera sur la question de savoir si l'état de santé, respectivement ses conséquences sur la capacité de gain du recourant, a subi des modifications notables, comme allégué par celui-ci, ou si tel n'est pas le cas, comme soutenu par l'autorité inférieure, et ce en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 18 avril 2013, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 13 juillet 2021, date de la décision litigieuse.

## **9.**

Par décision de l'OAIE du 18 avril 2013, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> au 29 février 2012. A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée sur une prise de position de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2012 (OAIE pce 57). Selon cette dernière, l'assuré souffrait à l'épaule et à la cheville gauche, impliquant des douleurs et des limitations fonctionnelles marquées pour les tâches nécessitant la marche, la station debout prolongée, la montée et la descente répétée d'escaliers ou d'échafaudage. Une opération de la cheville avait été réalisée le jour de l'accident tandis que l'implantation d'une hémiprothèse au niveau de l'épaule gauche avait été pratiquée huit mois plus tard. Il en résultait une incapacité de travail de 80% dès le 4 juillet 2010 dans l'activité lucrative habituelle, mais une pleine capacité de travail depuis décembre 2011 dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé, à savoir légère, s'exerçant de préférence en position assise, sans nuisances telles que le froid et l'humidité. Sur le plan psychiatrique, il a été estimé que le diagnostic d'anxiété et de troubles dépressifs mixtes, largement remis dans l'intervalle, n'avaient aucun impact sur la capacité de travail.

## **10.**

**10.1** La décision litigieuse du 13 juillet 2021 retient que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié de façon significative depuis la dernière décision du 18 avril 2013. Selon l'autorité inférieure, une pleine capacité de travail est reconnue dans une activité adaptée.

Cette décision se fonde sur les avis SMR établis par les Dr. B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et Dr. L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, les 19 janvier et 15 mars 2021. Après avoir listé les diagnostics posés par les différents médecins dans leurs rapports des 25 août 2016, 17 février, 5 août, 28 août, 21 octobre, 27 novembre 2020 et 19 janvier 2021, le Dr. B. \_\_\_\_\_, a estimé que tous les rapports produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande démontraient

un état de santé analogue à celui qui prévalait lors de la première demande, à l'exception d'une augmentation de la douleur au genou. Cette aggravation concernait la station debout ou la marche prolongée, il a donc retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 5 août 2020. Toutefois, une pleine capacité de travail est reconnue dans une activité adaptée. Dit médecin a donc considéré qu'il n'y avait pas eu de modification significative de l'état de santé depuis la dernière décision et que la nouvelle demande de prestation devait être rejetée.

Dans la seconde prise de position, le Dr. L.\_\_\_\_\_, s'est basé sur les rapports psychiatriques des 22 avril, 21 octobre et 18 novembre 2020 de la Dresse F.\_\_\_\_\_. Le diagnostic retenu dans tous ces rapports était le trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). Le Dr. L.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'un tel diagnostic était posé lorsqu'il y avait eu par le passé un épisode léger, modéré ou grave de dépression mais qu'aujourd'hui la symptomatologie dépressive n'était plus présente. Selon lui, d'un point de vue psychiatrique, il n'est pas possible d'attester d'une incapacité de travail pour toute activité professionnelle.

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des avis SMR des 19 janvier et 15 mars 2021 étant précisé que, s'agissant de rapports établis par un médecin interne à l'assurance, des exigences strictes prévalent à leur égard, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 : 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d).

## **11.**

**11.1** Après un examen attentif des pièces au dossier, le Tribunal constate que la valeur probante de ces deux avis SMR doit être confirmée.

**11.2** D'une part, l'appréciation du SMR est confirmée par plusieurs rapports au dossier. Ainsi, il ressort du rapport du 5 août 2020 de la Dresse J.\_\_\_\_\_ que le patient signale une douleur chronique qui s'est aggravée depuis environ 3 semaines au genou gauche. Quant au rapport de la Dresse I.\_\_\_\_\_ daté du 28 août 2020, il n'indique pas d'augmentation des problèmes déjà connus mais seulement une douleur de longue date au genou gauche. De telles douleurs avaient déjà été constatées dans l'expertise médicale du 20 septembre 2012. Dans sa prise de position, le Dr. B.\_\_\_\_\_ a tenu compte de l'aggravation de cette douleur au genou gauche et a reconnu une incapacité de travail de 100% (auparavant 80%)

dans l'activité habituelle. En outre, cette gonalgie a été prise en considération de manière pertinente et suffisante dans la description d'une activité adaptée (activité légère, en position assise, en évitant la marche sur des terrains irréguliers, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, les montées/descentes d'escaliers et en évitant les expositions au froid et aux intempéries).

**11.3** D'autres part, force est de constater que les rapports des 22 avril, 21 octobre et 18 novembre 2020 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de mettre en évidence une modification notable de son état psychique. Ils démontrent au contraire une stabilité de la situation. En effet, le trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) pour lequel l'intéressé est suivi en psychiatrie depuis 2010 avait déjà été constaté lors de l'octroi précédent d'une rente en 2013 et considéré comme étant sans influence sur la capacité de travail (cf. supra consid. 9). De plus, les trois rapports précités de la Dresse F. \_\_\_\_\_ attestent d'un état sous-dépressif persistant depuis 2010 et en rémission depuis 2020 ainsi que d'une thérapie à basse fréquence (tous les trois à six mois), ce qui plaide contre une atteinte importante. Enfin, dans le questionnaire à l'assuré rempli le 20 janvier 2020, il n'est fait aucune mention d'une atteinte psychique fondant une incapacité de travail.

**11.3.1** Sur le plan somatique, les rapports produits par le recourant présentent tous un contenu relativement similaire. Ils reviennent sur son historique médical, avant de confirmer des douleurs au talon d'Achille et/ou à l'épaule gauche qui sont les conséquences de l'accident survenu le 5 juillet 2010. S'agissant des rapports des 3 mars et 28 octobre 2020 – le premier non signé et le second de la Dresse D. \_\_\_\_\_ faisant état d'une tendinite d'Achille –, ils ne permettent pas de retenir une incapacité de travail totale.

**11.3.2** Par ailleurs, la stabilité de l'état de santé est confirmée par plusieurs des médecins traitants du recourant, qui font état d'une situation chronique. Ainsi, la Dresse I. \_\_\_\_\_ relève dans son rapport du 28 août 2020, une douleur au genou qui s'est prolongée au fil des ans sans amélioration, le Dr. C. \_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 14 avril 2016 que les radiographies de la cheville montrent une arthrose traumatique et que l'intéressé ne peut rester debout plus d'une demi-heure, ni marcher plus d'un demi-kilomètre avec des difficultés pour monter et descendre les escaliers et les pentes. Enfin, la Dresse F. \_\_\_\_\_, dans ses rapports du 18 novembre 2020 décrit une maladie chronique qui survient par phases

ce qui justifie le maintien d'un traitement psychiatrique et pharmacologique depuis plusieurs années.

**11.4** En outre, le Tribunal constate qu'aucune des pièces médicales présentes au dossier ne permet de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative. Au contraire, les Drs B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ considèrent que le recourant peut exercer une activité lucrative qui tient compte des affections précitées. Les pathologies du recourant, devenues chroniques (cf. supra consid. 11.2 et 11.3), sont documentées et ont été prises en considération par les Drs B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ disposant d'un dossier médical complet sur lequel ils ont pu prendre position. En effet, le Dr. B. \_\_\_\_\_ reconnaît des limitations fonctionnelles en particulier à l'épaule gauche, empêchant un travail en force avec le haut du corps, et au genou et à la cheville gauche qui entraînent, pour leur part, des difficultés à marcher mais qui ne limite pas la capacité à effectuer une activité adaptée. Sur le plan psychologique, le Dr. L. \_\_\_\_\_ a pour sa part tenu compte des rapports de la Dresse F. \_\_\_\_\_ faisant état d'un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) et a expliqué qu'aucune limitation fonctionnelle psychique ni répercussion sur la capacité de travail ne pouvait être associée à ce diagnostic. Aussi, le Tribunal tient pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'une activité ménageant le membre inférieur gauche et le membre supérieur gauche peut être exercée.

**11.5** C'est ainsi à bon droit que les médecins du service médical interne de l'OAIE ont tenu compte des nouvelles limitations fonctionnelles et de leur répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier, qui ne peut plus exercer sa dernière activité lucrative, ne subit pas de réduction de sa capacité de travail dans l'exercice d'un travail plus léger. Le Tribunal se rallie dès lors aux avis des Drs B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ énoncés dans leurs rapports respectifs. Ces derniers ont pleine valeur probante dès lors qu'ils se fondent sur un dossier médical étayé contenant des appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permettant l'établissement non lacunaire de l'état de santé stabilisé de celui-ci.

**11.6** Il découle de ce qui précède que l'autorité inférieure pouvait se fonder sur l'avis des Drs B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ pour statuer sur la nouvelle demande de prestations, dans le respect de l'art. 17 LPGA, les médecins du service médical interne de l'OAIE disposant de rapports cohérents et motivés de spécialistes ayant examiné l'assuré et tenant notamment compte de ses plaintes et son anamnèse.

**11.7** Le Tribunal de céans retient ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail de 100 % dans l'exercice de l'activité habituelle mais de 0% dans celui d'une activité lucrative adaptée.

## **12.**

Il reste à déterminer si le taux d'invalidité de 33% dans une activité adaptée à compter du 5 août 2020 peut être confirmé.

En l'espèce, l'OAIE n'a pas procédé à une nouvelle comparaison des revenus, constatant dans l'évaluation de l'invalidité du 15 avril 2021 (pce OAIE 157) que la capacité de travail dans les activités adaptées ne s'était pas modifiée depuis la comparaison des revenus réalisée dans le cadre de la procédure close par décision du 18 avril 2013.

Dans le cadre de la première demande, le SMR a constaté, dans son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2012, que seules les activités de marche et de station debout, liées à la montée fréquente d'escaliers, à la montée sur des échelles et des échafaudages ainsi qu'à l'exposition au froid et à l'humidité ne pouvaient plus être effectuées. De même, les activités qui nécessitent d'être régulièrement effectuées à hauteur des yeux et/ou au-dessus de la tête ne devraient plus être exercées sur la durée. Selon l'évaluation psychiatrique, orthopédique et médicale, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à l'affection, qui devrait être exercée de préférence en position assise. On peut penser par exemple à des travaux de montage légers, à des activités de tri ou à des activités à la caisse (pce OAIE 57). La comparaison des revenus du 15 novembre 2012 a été effectuée sur la base de cette estimation (pce OAIE 58).

Dans la deuxième demande à l'examen ici, le SMR a constaté, dans son avis du 23 mars 2021, qu'il n'y avait pas de changement significatif en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, sauf en raison de la douleur éventuellement plus importante au genou gauche avec la nécessité d'utiliser une canne. Cela n'entraîne toutefois aucune restriction dans la perspective d'une activité légère/adaptée (pce OAIE 154). Il convient de constater que, dans le cadre de la première demande, une activité adaptée à l'affection, à effectuer de préférence en position assise, a déjà été prise en compte comme activité de référence. Cette évaluation peut toujours être considérée comme correcte malgré les nouvelles restrictions concernant la marche. L'ancienne comparaison des revenus reste donc valable. L'âge du recourant - il avait 62 ans au moment de la décision attaquée - ne s'oppose pas non plus à cette appréciation, d'autant moins que le recourant attribue (toujours) ses restrictions de santé aux conséquences de l'accident

depuis 2010, qu'aucune aggravation significative ne peut être déduite du dossier (cf. consid. 11 ci-dessus) et qu'il aurait ainsi pu exercer une activité de renvoi sans restriction temporelle depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner des mesures professionnelles.

Dans ces circonstances, le Tribunal considère également qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité (arrêt du TF 8C\_9/2018 du 4 juin 2018 consid. 4.3 ; MARGIT MOSER-SZELESS, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 29 ad art. 17), ce dernier restant fixé à 33% tel que déterminé dans le cadre de la première demande de prestations le 15 novembre 2012 (pce OAIE 58), insuffisant pour donner le droit à une rente d'invalidité au vu de l'art. 28 al. 2 LAI.

Il doit au surplus être précisé que la situation professionnelle de l'assuré n'a pas connu d'évolution depuis cette date. De ce point de vue également, une nouvelle évaluation n'apparaît donc aucunement justifiée. Au demeurant, force est de constater que le détail du calcul effectué en 2012 n'a pas fait l'objet d'objections concrètes de la part du recourant.

### **13.**

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 13 juillet 2021 confirmée.

### **14.**

**14.1** Vu l'issue du litige, les frais judiciaires – fixés à 800 francs – sont mis à la charge du recourant (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont prélevés sur l'avance de frais de 800 francs dont l'intéressé s'est acquitté au cours de l'instruction.

**14.2** Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(dispositif page suivante)

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

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

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Claudia Cotting-Schalch

Oliver Collaud

**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 :