



---

Cour III  
C-726/2019

## Arrêt du 13 avril 2021

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Beat Weber, David Weiss, juges,  
Julien Borlat, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France),  
représenté par Maître Tiphonie Piaget,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 7 janvier 2019).

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

A. \_\_\_\_\_, ressortissant français, né le (...) 1968, est domicilié en France. Il est célibataire et sans enfant. Titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle de boucher, obtenu en 1986 en France, il y a exercé ce métier de juin 1984 à juin 1999. A partir d'août 1999, il a travaillé en Suisse, muni d'une autorisation frontalière (permis G), pour le compte de B. \_\_\_\_\_ SA (devenue ensuite C. \_\_\_\_\_ SA) à (...) en dernier lieu comme responsable de production, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Il a connu une première incapacité de travail à compter du 31 août 2005 en raison de discopathies dégénératives des trois derniers disques L4-L5 et L5-S1 ainsi que d'une cervicarthrose douloureuse existant depuis novembre 2003. S'en est suivie une résiliation de son contrat de travail par son employeur le 31 mai 2006 (AI docs 220, 257, 268, 269, 276, 280, 284, 289, 290, 291).

**B.**

**B.a** En date du 30 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), plus particulièrement de reclassement et de placement, auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton D. \_\_\_\_\_ (ci-après : OAI), qui l'a reçue le 5 décembre 2005 (AI doc 291).

**B.a.a** Par décision du 29 mai 2006, l'OAI a octroyé à l'intéressé une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle (AI doc 273). A cet égard, il a tenu compte notamment d'une expertise du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin interniste et spécialiste FMH en rhumatologie (voir rapport du 29 novembre 2005, AI doc 280).

**B.a.b** L'assuré a passé un entretien en ce sens à l'OAI le 23 août 2006 (AI doc 272). Puis, ce dernier a rendu une décision d'observation professionnelle le 29 septembre 2006 (AI doc 259).

**B.a.c** L'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a fixé le montant d'une indemnité journalière et l'a versée à l'assuré pour les périodes du 6 avril 2006 au 31 janvier 2007, du 28 avril au 21 décembre 2007 et du 24 décembre 2007 au 30 juin 2011 par une série de décisions (AI docs 163, 164, 177, 187, 196, 197, 202, 207, 218, 219, 233, 237, 248).

**B.a.d** Au moyen d'une communication du 8 janvier 2007, l'OAI a notamment décidé d'accorder des indemnités journalières à l'assuré durant la formation pratique, non rémunérée, d'ouvrier spécialisé en sertissage de joaillerie auprès de F.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2007 (AI doc 244).

**B.a.e** L'intéressé souffrant d'un ralentissement important de la conduction sensitivomotrice du nerf cubital gauche au niveau du défilé épitrochléo olécranien (voir rapport du 2 mars 2007 du Dr G.\_\_\_\_\_, rhumatologue et médecin en électroneuromyographie, AI doc 235), il a dû se faire opérer le 27 mars 2007 et a été en arrêt de travail jusqu'au 27 avril 2007. Il a été mis fin à la formation pratique susmentionnée (AI docs 231, 232, voir aussi certificat médical non daté du Dr H.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste-traumatologue [AI doc 230]).

**B.a.f** Selon le souhait de l'assuré, un stage d'essai de travail dans l'horlogerie a ensuite été entrepris, mais sans être concluant (AI docs 227, 231).

**B.a.g** Plus tard, l'assuré a bénéficié d'un reclassement de mai 2007 à juin 2011 en vue de devenir opérateur en horlogerie, puis horloger-praticien avec CFC, l'OAI ayant pris en charge les coûts d'un cours comportant plusieurs modules et alloué l'indemnité journalière susmentionnée pendant un stage pratique ultérieur auprès de deux entreprises dans le canton de D.\_\_\_\_\_ (communication du 21 mai 2007, annulant et remplaçant celle du 8 janvier [AI doc 223], communications du 24 octobre 2007 [AI doc 211], du 4 février 2008 [AI doc 201], du 6 juin 2008 [AI doc 190], du 2 décembre 2008 [AI doc 183], du 6 juillet 2009 [AI doc 170]).

**B.a.h** Faisant suite à une demande du 18 mai 2009 (AI doc 171), l'OAIE a rendu, le 13 octobre 2011, une décision de refus de rente d'invalidité, dans la mesure où le reclassement a réussi (voir notamment le CFC [AI doc 157]), l'intéressé a retrouvé un emploi dans le nouveau domaine appris et il n'était donc pas invalide (AI doc 152).

## **C.**

**C.a** En date du 12 février 2014, l'assuré a fait parvenir à l'OAI – avec réception le 18 février – un formulaire concernant une détection précoce, dans lequel il indique une incapacité de travail de 50 % depuis le 6 janvier 2014, au motif d'une hernie cervicale et d'une uncodiscarthrose étagée (AI doc 151).

**C.b** Sur conseil de l'OAI, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestation de l'AI le 13 mars 2014, qui a été reçue le lendemain. Il a en outre indiqué que l'atteinte à sa santé s'est aggravée depuis 2011 (AI docs 147, 148).

**C.c** Par communication du 5 mai 2014, l'assuré est invité par l'OAI le lendemain à un entretien afin d'évaluer la pertinence d'un éventuel soutien professionnel (AI doc 139).

**C.d** Après analyse des nouveaux documents versés au dossier, l'OAI a consulté son service médical régional (SMR). Ce dernier a rendu un avis médical le 26 juin 2014, par le biais du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin SMR en médecine interne générale, pratique du laboratoire au cabinet médical [KMH] et examens radiologiques dans les domaines des doses faibles et modérées [CMPR] [selon MedReg]), dans lequel il a conclu qu'une adaptation du poste de travail dans toute la mesure du possible serait la meilleure solution, mais qu'en cas de changement de poste, il faudrait veiller aux limitations fonctionnelles entraînées par les lombalgies et l'arthrose fémoro-patellaire (pas de port de charges importante itérativement, pas de porte-à-faux tenu du tronc). Il a exclu à ce stade une expertise, qui ne serait selon lui pas contributive. Il a spécifié qu'il ne conteste pas les incapacités de travail attestées jusque-là, mais la capacité de travail de 70 % après adaptation ou changement du poste de travail, telle que mentionnée par le Dr J. \_\_\_\_\_ (médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles), doit être considérée comme le but à atteindre (AI doc 132).

**C.e** Une expertise a été organisée par l'assureur-maladie perte de gain de l'intéressé le 17 septembre 2014. Dans un rapport y afférent du 24 septembre 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin FMH en rhumatologie et médecine interne générale, échographies ostéo-articulaires, sont retenus comme diagnostics des cervicalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs étagés, des troubles dégénératifs importants du rachis lombaire, une gonarthrose fémoro-patellaire droit post-traumatique et un status après neurolyse du nerf cubital au coude gauche en 2006 avec possibles séquelles sensibles. L'expert a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle est limitée à 50 % dès le 6 janvier 2014. Dans une activité adaptée, et au vu de l'amélioration des symptômes, elle pourrait selon lui être augmentée à 75 % avec une pause de 10 minutes par heure à convenir avec l'employeur. Il a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge au-delà de 10 kg occasionnellement, pas de travaux en flexion et torsion du tronc, pas de travaux en élévation des membres supérieurs au-dessus de la ligne des pectoraux, pas de travaux

à genoux ou accroupi, pas de longs déplacements, pas de travaux avec des engins vibrants. Il a recommandé enfin une analyse d'un éventuel aménagement du poste de travail dans l'activité habituelle au regard des efforts importants de reconversion concédés par l'assuré. Il a conclu à un pronostic réservé, compte tenu des troubles dégénératifs et du doute diagnostique. Un rapport du 23 septembre 2014 relatif à des radiographies de la colonne cervicale et transbuccale et des articulations sacro-iliaques du jour de l'expertise rédigé par le Dr L. \_\_\_\_\_, radiologue FMH, a été annexé (AI doc 123).

**C.f** Consulté à nouveau, le SMR a, dans un avis médical du 10 octobre 2014 établi par son même médecin, conclu que la capacité de travail n'était pas déterminée de façon définitive. Il a réitéré sa proposition d'établir un mandat dans le sens d'une étude de la place de travail et des possibles améliorations. Il a ajouté que l'assuré devrait parallèlement être amené à augmenter son taux d'activité (AI doc 121).

**C.g** Vu l'opposition de l'assuré, l'OAI a, par communication du 6 novembre 2014, informé ce dernier qu'il ne bénéficiera pas de mesure de réadaptation d'ordre professionnel et que le droit à une éventuelle rente allait être examiné (AI doc 116).

**C.h** Alors que l'évaluation d'un tel droit était en cours, l'OAI a appris de l'employeur de l'assuré que ce dernier avait finalement décidé de changer de poste de travail en janvier 2015 (AI doc 114). Il a consulté une nouvelle fois son SMR, qui, dans un avis médical du 18 décembre 2014 de son même médecin, a répondu que les limitations fonctionnelles sont strictement celles énoncées dans le rapport d'expertise précité, que dans l'activité habituelle, en l'absence d'adaptation du poste de travail, la capacité de travail est de 50 % et que dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, ladite capacité est de 75 %, rendement compris (AI docs 112, 113).

**C.i** L'employeur s'est départi du contrat qui le liait à l'intéressé le 20 janvier 2015, avec effet au 31 mars 2015 (AI docs 108, 109, 111).

**C.j** Par décision du 15 mai 2015, l'OAIE a refusé une rente d'invalidité à l'assuré, au motif que son taux d'invalidité de 30 % était insuffisant pour donner droit à une rente, même partielle. Il a en outre précisé que le reclassement ayant mené à pouvoir exercer dans l'activité d'opérateur en horlogerie avait été octroyé contre l'avis du SMR et ne pouvait donc pas être considérée comme une activité totalement adaptée à ses problèmes

de santé, mais qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles est médicalement et juridiquement exigible à 75 % (AI doc 97 ; voir aussi *infra* consid. 7.4).

**D.**

**D.a** Par courrier du 15 avril 2015 (date du timbre postal), l'assuré a souhaité rencontrer un conseiller de l'OAI afin d'examiner notamment de nouvelles possibilités de reclassement. L'OAI a reçu ce courrier le lendemain (AI doc 105).

**D.b** Par communication du 28 mai 2015, l'OAI a octroyé à l'intéressé une formation en informatique pour la période du 8 juin au 16 juillet 2015, avec viatique et des indemnités journalières (AI doc 92).

**D.c** L'OAI a à nouveau fixé le montant des indemnités journalières et les a versées à l'assuré pour la période du 28 mai au 31 juillet 2016 au moyen de diverses décisions (AI docs 82, 89, 90).

**D.d** Par communication du 8 juillet 2015, l'OAI a accordé un reclassement à l'assuré sous forme de prise en charge d'une formation pratique pour la période du 17 juillet 2015 au 31 juillet 2016 auprès d'un centre de formation horlogère et selon les modalités habituelles (AI doc 85).

**D.e** L'OAI a procédé à une sommation le 20 août 2015 en raison des doutes exprimés par l'assuré durant son reclassement, en lui laissant un délai de réflexion jusqu'au 30 septembre 2015 pour confirmer la poursuite du reclassement (AI doc 79).

**D.f** Par communication du 11 septembre 2015, l'OAI a alloué un coach-emploi sur le lieu de travail afin de développer la confiance de l'assuré pour sa nouvelle activité professionnelle de formateur en horlogerie (AI doc 76).

**D.g** Par communication du 30 septembre 2015, l'assuré s'est vu octroyer par l'OAI un module de formation au certificat FSEA (AI doc 73).

**D.h** Par communication du 16 février 2016, l'OAI a prolongé l'octroi du « coach-emploi » (AI doc 69).

**D.i** Par communication du 15 août 2016, l'OAI a indiqué qu'il prend en charge une allocation d'initiation au travail pour la période du 1<sup>er</sup> août 2016 au 31 janvier 2017, qui se monte à Fr. 3'000.– par mois (AI doc 64).

**D.j** Par communication du 27 janvier 2017, l'OAI a avisé l'assuré que l'aide au placement s'est terminée avec succès et qu'une réduction du taux d'occupation pourrait être discutée directement avec l'employeur en ce qui concerne sa fatigue, mais la diminution de salaire induite lui incomberait (AI doc 59).

**E.**

**E.a** Par lettre du 5 juillet 2017, l'intéressé a informé l'OAI que son état de santé s'est considérablement dégradé, l'empêchant de continuer son activité professionnelle. Il a ajouté que son employeur a mis fin à son contrat de travail avec effet au 23 juin 2017 pour cause de maladie prolongée. Il a signalé avoir un rendez-vous chez son médecin généraliste et chez un médecin spécialiste. L'OAI a reçu ce courrier le 11 juillet 2017 (AI doc 53).

**E.b** Par courrier du 13 juillet 2017, l'OAI a signalé qu'il reprend l'instruction du dossier en vue de déterminer un éventuel droit à une réadaptation – rente (AI doc 52).

**E.c** Invité à se déterminer sur les nouvelles pièces au dossier, le SMR, par les Drs M.\_\_\_\_\_, médecin SMR praticienne (selon MedReg), et N.\_\_\_\_\_, médecin SMR dont la spécialisation n'est pas connue, a considéré dans un avis médical du 21 septembre 2017 qu'avant une éventuelle expertise bi-disciplinaire (rhumatologie-psychiatrie), sont nécessaires une IRM du Dr J.\_\_\_\_\_ pour le mois de novembre avec appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée et un rapport médical du médecin référent en charge de l'aspect psychique de l'assuré (AI doc 42).

**E.d** Les rapports souhaités ayant été fournis, le SMR, par les Drs I.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, ont en date du 11 décembre 2017 observé des contradictions au niveau de l'appréciation entre les deux médecins traitants de l'assuré et ainsi recommandé l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire avec des volets de rhumatologie, psychiatrie et neurologie (AI doc 36).

**E.e** Par communication du 15 mars 2018, l'OAI a refusé toute mesure de réadaptation à l'intéressé, en raison d'une mise en œuvre impossible à ce moment dans le cas particulier (AI doc 30).

**E.f** L'expertise pluridisciplinaire s'est déroulée les 17 et 18 mai 2018 au O.\_\_\_\_\_ à (...). Y ont pris part les Drs P.\_\_\_\_\_ (médecine interne),

Q.\_\_\_\_\_ (neurologie), R.\_\_\_\_\_ (rhumatologie) et S.\_\_\_\_\_ (psychiatrie). Les résultats auxquels ont abouti les experts sont retranscrits dans un rapport du 26 septembre 2018. Celui-ci est accompagné d'un rapport relatif à l'examen réalisé par la Dresse Q.\_\_\_\_\_. Il s'agit au niveau des diagnostics avec incidence sur les capacités de travail et fonctionnelles de : 1) arthrose majeure du genou droit secondaire à une fracture ancienne de la rotule. Cette arthrose siège sur le compartiment fémoro-patellaire et sur le compartiment fémoro-tibial interne et s'accompagne d'une amyotrophie du quadriceps, 2) arthrose cervicale avec discopathies cervicales étagées et hernies discales multiples, 3) arthrose étagée lombaire avec phénomène de vides discaux depuis L3 jusqu'à L5 et canal lombaire rétréci en L4-L5, et 4) arthrose fémoro-patellaire débutant du genou gauche. Par contre, l'assuré ne présente pas de trouble de la personnalité. La capacité de travail dans l'activité habituelle est jugée entière sur le plan de la médecine interne générale, de la neurologie et de la psychiatrie, mais certaines limitations fonctionnelles sont reconnues du point de vue strictement rhumatologique (position assise avec repose pied [pour allonger les genoux], avec un soutien lombaire, l'établi à hauteur de la poitrine [pour éviter au buste de se pencher en avant], les bras posés sur cet établi, et donc tête à hauteur de l'ouvrage, serait la position idéale). L'activité devrait être reprise, à raison de deux heures par jour avec augmentation progressive, depuis début janvier 2018. Les experts retiennent aussi une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées et en évitant de porter (maximum 10 kg ponctuels), pas d'effort de soulèvement, pas de position à genoux ou accroupie, pas d'échelle, d'escalier ou d'escabeau, pas de marche, pas de piétinement, ce sur le plan de la médecine interne générale, de la neurologie et de la psychiatrie, depuis janvier 2018. Les modifications de la capacité de travail sont motivées par des raisons uniquement rhumatologiques. Enfin, les experts soulèvent la question d'une prothèse totale du genou droit qui se posera, à terme, en fonction de la tolérance à la douleur et des limitations fonctionnelles. Une rééducation de remusculation du muscle vaste interne de la cuisse gauche et une infiltration lombaire en épidurale peuvent être proposées (AI doc 25).

**E.g** Invité à se déterminer sur ce rapport d'expertise, le SMR dans un avis médical rédigé le 3 octobre 2018 par le Dr N.\_\_\_\_\_, est arrivé à la conclusion que celle-ci était convaincante. Il en a donc retenu les conclusions. Il a précisé que l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant dès le 15 mai 2017 était recevable, mais pas durable (AI docs 23, 24).

**E.h** Interpellé par l'OAI sur une éventuelle amélioration de l'état de santé par rapport à l'appréciation médicale du SMR de 2014, ce dernier a complété son avis médical le 16 octobre 2018 en répondant par l'affirmative (AI docs 21, 22).

**E.i** En reprenant l'appréciation du SMR, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser une rente d'invalidité par un projet de décision du 23 octobre 2018 (AI doc 20).

**E.j** Par courrier du 21 novembre 2018, l'intéressé s'est opposé au projet de décision. Il a insisté sur les efforts qu'il avait consentis pour rester actif, débouchant sur une reconversion professionnelle, plutôt que de toucher une rente d'invalidité. Mais, il a rappelé qu'il ne pouvait plus du tout exercer d'activité professionnelle, comme l'attestait le Dr J.\_\_\_\_\_. Il a ajouté avoir été hospitalisé du 19 juin au 2 juillet 2018 en raison de douleurs telles que le retentissement psychologique est majeur associé à un syndrome anxio-dépressif réactionnel. En somme, son état de santé se serait dégradé, Il a donc demandé à l'OAI de revoir sa position et joint plusieurs pièces médicales (certificat médical du 12 septembre 2018 du Dr T.\_\_\_\_\_[médecin généraliste] ; certificat du 5 novembre 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_; un certificat du 15 novembre 2018 du Dr U.\_\_\_\_\_, [praticien hospitalier]) (AI doc 17).

**E.k** Consulté à nouveau, le SMR, par le même médecin, a, dans un avis médical du 26 novembre 2018, estimé qu'aucun élément objectif de nature à modifier ses conclusions fondées sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire, n'avait été apporté (AI doc 15).

**E.l** Par décision du 7 janvier 2019, l'OAI, reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI et ajoutant la position du SMR du 26 novembre 2018, a refusé une rente d'invalidité à l'assuré (AI doc 12).

**E.m** Par courrier du lendemain, Maître Tiphany Piaget, a fait savoir à l'OAI qu'elle avait été chargée de défendre les intérêts de l'assuré et demandé à recevoir son dossier afin de déterminer l'opportunité d'un éventuel recours (AI doc 11). L'OAI a donné suite à cette requête le 22 janvier 2019 (AI docs 6, 7).

**F.**

**F.a** Par acte du 8 février 2019, l'intéressé a, par l'intermédiaire de sa représentante, interjeté recours à l'encontre de la décision du 7 janvier 2019

devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il a invoqué une violation des art. 28 et 57 LAI, 6, 7, 43 et 44 LPGA, ainsi qu'une constatation inexacte et arbitraire des faits pertinents. Il a reproché en particulier à l'OAIE de retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire, dans la mesure où ce dernier contiendrait des conclusions extrêmement surprenantes au regard de l'ensemble du dossier et des contradictions nombreuses et graves, le privant de toute valeur probante. De plus, il s'est plaint du fait que le mandat d'expertise aurait été confié suite à une appréciation à l'évidence erronée de la situation par le SMR, puisque les avis des médecins généralistes et spécialistes seraient en réalité concordants. Il a encore reproché au rapport d'expertise d'ignorer plusieurs éléments objectifs de nature clinique et diagnostique ressortant du dossier. Il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et, avec ou sans renvoi, à l'octroi d'une rente entière de l'AI, sous suite de frais et dépens. Il a annexé divers moyens de preuve (rapport médical du 29 janvier 2019 du Dr J.\_\_\_\_\_, rapport complémentaire du 6 février 2019 du même médecin, rapport médical non daté du Dr U.\_\_\_\_\_, rapport médical non daté du Dr V.\_\_\_\_\_, certificat du 4 février 2019 d'un centre médico-psychologique). Il a enfin requis la production par l'OAIE du dossier complet de la cause (TAF pce 1).

**F.b** Par décision incidente du 18 février 2019, le Tribunal a invité le recourant à payer une avance de frais de Fr. 800.– d'ici au 20 mars 2019, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Ce montant a été acquitté dans le délai imparti (TAF pce 4).

**F.c** Par réponse du 15 mai 2019, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a en outre renvoyé à la prise de position de l'OAI du 10 mai 2019, dans laquelle celui-ci a, après avoir consulté le SMR, considéré qu'il n'existait pas d'élément objectif rapporté qui permettrait de remettre en cause ses appréciations précédentes, respectivement celles dûment motivées des experts auxquelles il convient d'accorder pleine valeur probante. Il a ajouté que même si une absence d'amélioration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 15 mai 2015 devait être admise contre toute attente, une aggravation dudit état de santé dans une mesure susceptible de considérer que le recourant ne puisse plus mettre en valeur cette capacité de travail pourrait être exclue, de sorte que le dispositif de la décision litigieuse ne pourrait être que confirmé. Il a conclu au rejet du recours (TAF pce 6).

**F.d** Par réplique du 24 juin 2019, le recourant a, par l'entremise de sa représentante, réaffirmé que son état de santé s'est aggravé comme il résulterait à l'évidence du dossier et persisté dans ses conclusions (TAF pce 8).

**F.e** Par duplique du 10 juillet 2019, l'autorité inférieure a maintenu ses conclusions. Elle a renvoyé à la prise de position du 4 juillet 2019 de l'OAI, en vertu de laquelle ce dernier n'avait pas de remarques à formuler et réitérait ses conclusions (TAF pce 10).

**F.f** Par ordonnance du 24 juillet 2019, le Tribunal a porté ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pce 11).

**F.g** Par courrier du 9 octobre 2020 (date du timbre postal), le recourant, par le biais de sa représentante, s'est renseigné sur l'état de la procédure (TAF pce 12). Le Tribunal y a répondu le 20 octobre 2020 (TAF pce 13).

**F.h** Par courrier du 22 mars 2021, le recourant, par l'entremise de sa mandataire, s'est à nouveau adressé au Tribunal pour connaître l'état de la procédure (TAF pce 15). Réponse lui a été donnée le 30 mars 2021 (TAF pce 16).

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

## **Droit :**

### **1.**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). 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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

**2.**

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI dans un contexte de nouvelle demande.

**3.**

**3.1** 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, 3<sup>e</sup> 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, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il 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 (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> 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, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>e</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

**3.2** En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalier,

c'est-à-juste titre que l'OAI du canton de D.\_\_\_\_\_ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision attaquée.

#### 4.

**4.1** 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 du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

**4.1.1** L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, 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). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) 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). Toutefois, 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 Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

**4.1.2** S'agissant du droit interne, et conformément à l'application pro rata temporis susmentionnée, la LAI dans sa teneur en vigueur en juillet 2017 (soit celle dans son état au 1<sup>er</sup> juillet 2017), moment du dépôt de la nouvelle

demande par le recourant, s'appliquent à la présente cause pour la période antérieure. De plus, les modifications consécutives à la 6<sup>e</sup> révision de la LAI (premier volet), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent également en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

**4.2** 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 7 janvier 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 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 influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

## **5.**

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

## **6.**

**6.1** L'invalidité 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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 aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phrase LPGA).

**6.2** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**6.3** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1<sup>er</sup> juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

## **7.**

**7.1** Dans le cadre de la présente procédure, l'autorité inférieure avait à juger d'une nouvelle demande de prestations de l'AI du recourant.

**7.2** L'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état de fait jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande de prestations ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (art. 87 al. 3 RAI en rapport avec l'art. 87 al. 2 RAI). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant

lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 98 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

**7.3** In casu, en application de l'art 87 al. 2 et 3 RAI, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la quatrième demande de juillet 2017, considérant que le recourant avait rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Ce point n'a pas à être examiné par le juge (ATF 109 V 262 consid. 3, 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007).

**7.4** Aussi appartient-il au Tribunal d'examiner en l'espèce, en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée sur le droit du recourant à une rente (ici : la décision du 15 mai 2015 [AI doc 97]), si le recourant remplissait désormais les conditions d'octroi d'une rente (art. 28 et 29 al. 1 LAI), au moment de la décision contestée du 7 janvier 2019 (AI doc 53).

Le Tribunal se doit de rappeler auparavant qu'au moyen de la décision du 15 mai 2015, l'autorité inférieure avait rejeté la nouvelle demande de mars 2014, au motif qu'une incapacité de travail totale subsistait certes dans l'activité habituelle de boucher, qu'elle était de 50 % dans son activité – pas totalement adaptée aux problèmes de santé de l'intéressé – d'opérateur en horlogerie, mais qu'en revanche une capacité de travail de 75 %, sans perte de rendement était médicalement et juridiquement exigible dans une activité totalement adaptée, soit une activité sans port de charge de plus de 10 kg sauf de manière occasionnelle, sans travaux en flexion ou torsion du tronc ni à genoux ou accroupis, sans élévation des membres supérieurs en hauteur et sans travaux qui s'effectuent avec des engins vibrants. La comparaison des revenus avait, partant, fait apparaître un taux

d'invalidité de 30 %, insuffisant pour donner droit à une rente de l'AI, même partielle (AI doc 97). En revanche, le droit à un reclassement en qualité de formateur d'adultes en horlogerie était reconnu.

## **8.**

**8.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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). 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 assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

**8.1.1** 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).

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, 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). 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 Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même

qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**8.2** Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

**8.3** Pour mémoire, dans l'approche qu'il a développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression 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 »

B. 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 révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**8.4** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4<sup>e</sup> éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

**9.**

Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de juillet 2017, les pièces suivantes ont été notamment versées au dossier :

- un rapport du 25 octobre 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, du scanner du (...), observant une uncodiscarthrose étagée avec tendance à la rectitude du rachis en rapport avec une contracture antalgique. En C5-C6 et C6-C7 sont révélées des discopathies (AI doc 49) ;
- un rapport – figurant déjà au dossier – du 25 janvier 2017 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, appartenant au même scanner (AI doc 49) ;
- un rapport du 13 juin 2017 de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, médecin au même scanner, faisant état pour le genou gauche d'un discret pincement de l'espace articulaire fémoro-rotulien gauche et de manèges osseux patellaires droits post-traumatiques, connus avec important pincement de l'espace articulaire fémoro-rotulien (AI doc 39) ;

- un rapport d'IRM du genou droit du 5 juillet 2017 de la même médecin constatant l'existence d'hypersignaux au sein du cartilage fémoro-tibial surtout dans le compartiment interne compatible avec une chondropathie diffuse, d'hypersignaux modérés au sein des ménisques, surtout au niveau des cornes postérieures interne et externe en rapport avec une méniscope, l'intégrité des ligaments croisés et des ligaments latéraux, un pincement important de l'espace articulaire fémoro-rotulien avec hypersignaux intra-osseux œdémateux de part et d'autre de l'articulation, un important amincissement du cartilage compatible avec une chondropathie évoluée, une déformation de la rotule qui est subluxée en rapport avec un antécédent de fracture, la présence d'un petit kyste poplité et l'absence d'épanchement libre intra-articulaire (AI doc 49) ;
- un rapport du 13 juillet 2017 du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin au même scanner, à propos d'une IRM cervicale, concluant notamment à un bombement discal avec petite hernie latéralisée à droite en C3-C4, à une discopathie C4-C5 avec bombement discal et protrusion discale médiane, à un bombement discal avec hernie médiane latéralisée à gauche en C5-C6 et à une importante discopathie avec hernie discale latéralisée à gauche en C6-C7 (AI doc 49) ;
- un extrait du compte individuel du recourant du 26 juillet 2017 (AI doc 50) ;
- un rapport médical AI du 1<sup>er</sup> août 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonalgies depuis 1988, de lombosciatiques depuis 2001, de NC 3 depuis 2007. Le médecin atteste des rachialgies diffuses avec névralgies invalidantes. Il exprime un pronostic très moyen. Il déclare que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée est de 50 % du 6 janvier 2014 au 2 février 2015 et totale à compter du 19 mai 2017. Il affirme que cette activité n'est plus exigible médicalement, mais indique toutefois un degré de 50 %. Il signale qu'une activité adaptée est possible à hauteur de quatre heures par jour et qu'une reprise de l'activité professionnelle est prévisible à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 à un taux de 50 %. Il précise que les limitations fonctionnelles sont : pas d'activité uniquement en position assise ou debout ou dans différentes postions ou principalement en marchant (terrain irrégulier), ne pas se pencher, ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, ne pas être accroupi ou à genoux, ne pas soulever des charges plus de 4 heures, ne pas monter sur une

échelle ou un échafaudage, ne pas monter les escaliers, la résistance est limitée (AI doc 49) ;

- un questionnaire pour l'employeur du 22 août 2017, rempli par le centre de formation et accompagné des fiches de salaires et de certificats médicaux pour les absences établis par le Dr V.\_\_\_\_\_ (AI doc 46) ;
- un avis médical du 21 septembre 2017 du SMR (AI doc 42) ;
- un rapport médical AI du 6 novembre 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_, mettant en évidence des diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose fémoro-patellaire du genou depuis 1988, de fracture de la rotule en 1988 avec arthrose du genou gauche depuis 2016, de névralgie cervicobrachiales : discopathie et hernies discales étagées C3-C4, C4-C5 et C5-C6 depuis 2014, et à l'étage lombaire de rétrécissement canalaire L3 à L5 et L5-S1 depuis 2005. Le médecin fait part d'une évolution péjorative depuis quelques années. Il considère que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est totale du 15 mai au 31 août 2017, cette activité n'étant plus exigible médicalement. Il lui paraît peu probable que le recourant puisse reprendre une activité professionnelle, mais cela devra être réévalué dans le temps. Il retient les mêmes limitations fonctionnelles en ajoutant des capacités psychiques limitées du fait de l'état douloureux depuis plusieurs années et d'une aggravation certaine depuis 2017 (AI doc 39) ;
- un rapport médical intermédiaire du 20 novembre 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_, attestant d'une aggravation de l'état de santé, ne relevant pas de changement dans les diagnostics et jugeant les céphalées de plus en plus invalidantes et les lombosciatiques propres à causer des difficultés à se redresser. Le médecin retient une incapacité de travail de 50 % du 6 janvier 2014 au 2 février 2015, puis sans précision du degré du 15 mai au 31 décembre 2017, mais précise qu'il n'existe aucune capacité de travail dans une activité adaptée (AI doc 38) ;
- un avis médical du 11 décembre 2017 du SMR (AI doc 36) ;
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 septembre 2018 (AI doc 25) ;
- un avis médical du 3 octobre 2018 du SMR (AI doc 23) ;
- un avis médical du 16 octobre 2018 du SMR (AI doc 21).

**10.**

Dans le cas d'espèce, et pour l'essentiel, le recourant soutient que son état de santé s'est dégradé depuis la dernière décision entrée en force du 15 mai 2015, tandis que l'OAIE estime dans la décision querellée qu'il ne s'est pas modifié d'une manière à influencer les droits du recourant, voire s'est même amélioré. L'autorité inférieure retient en effet une capacité de travail entière, sans perte de rendement et médicalement et juridiquement exigible, dans une activité totalement adaptée aux limitations fonctionnelles – lesquelles sont, au demeurant, un peu modifiées depuis la dernière décision entrée en force – depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, soit avant l'échéance du délai d'attente d'une année. L'OAIE ne fait par contre pas une appréciation différente de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de boucher et dans celle partiellement adaptée d'opérateur en horlogerie.

En outre, la motivation développée par l'OAIE pour fonder la décision attaquée consiste notamment à reprendre les conclusions des avis du SMR des 3 octobre et 26 novembre 2018, elles-mêmes basées sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 septembre 2018, qu'il juge remplir tous les critères permettant de lui accorder pleine valeur probante.

**11.**

**11.1** Dans son mémoire de recours, le recourant fait grief à l'OAIE de retenir qu'il dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire susmentionné. Ce dernier serait entaché de nombreux vices, notamment sous la forme de plusieurs contradictions évidentes et d'omissions d'éléments objectifs de nature clinique et diagnostique du dossier. De la sorte, il ne satisferait pas aux exigences jurisprudentiels et serait privé de toute valeur probante.

**11.2** D'emblée, le Tribunal remarque que l'évaluation consensuelle du rapport d'expertise pluridisciplinaire paraît relativement cohérente. Les rares imprécisions qu'on y trouve, comme par exemple un ordre chronologique inexact et en partie erroné (reclassement de sertisseur en joaillerie, de boucher en boulanger, puis en horlogerie et enfin enseignant dans ce domaine) ne sont pas à même de la remettre en question. Ses volets spécifiques (rhumatologique/de médecine interne générale/neurologique/psychiatrique) figurant en annexes du rapport contiennent, par contre, plusieurs contradictions, en particulier au niveau de l'anamnèse familiale, sociale et professionnelle : elles résident au niveau de la lecture (encore possible / plus le cas), de l'état civil du recourant (marié / célibataire avec une com-

pagne), de son père (encore vivant / décédé) et de la consommation d'alcool (pas du tout / occasionnellement). Force est néanmoins d'admettre que toutes ces contradictions restent minimales et négligeables. Elles n'atteignent pas une intensité suffisante pour mettre à mal le bien-fondé du rapport d'expertise. De plus, il n'est pas à exclure que l'expertisé ait pu, à un moment ou à un autre, tenir des propos légèrement différents. Cela étant, il ne saurait être conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le rapport d'expertise a été établi sans être en pleine connaissance du dossier et du contexte médical du recourant.

Au surplus, il ne fait aucun doute qu'il a été établi par des spécialistes reconnus chacun dans leur domaine et disposant des connaissances nécessaires pour se prononcer, chacun dans leur discipline, sur l'état de santé du recourant.

De surcroît, l'évaluation consensuelle du rapport d'expertise pose des diagnostics avec effet sur la capacité de travail exposés plus haut (voir *supra* let. B.d.f).

Les experts retiennent des limitations fonctionnelles uniquement au plan strictement rhumatologique en ce qui concerne la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici (soit : position assise avec repose pied [pour allonger les genoux], avec un soutien lombaire, l'établi à hauteur de la poitrine [pour éviter au buste de se pencher en avant], les bras posés sur cet établi, et donc tête à hauteur de l'ouvrage, qui serait la position idéale et qui correspond au travail en horlogerie que l'expertisé effectuait auparavant, selon les dires des experts). Il faut certes admettre, avec le recourant, qu'elles s'apparentent bien plus à l'activité d'opérateur en horlogerie qu'à celle exercée en dernier lieu comme formateur d'adultes dans l'horlogerie. Cependant, cette incohérence ne revêt pas une importance significative dans le cas d'espèce, dès lors que la décision attaquée envisage la capacité de travail pleine dans une activité totalement adaptée aux problèmes de santé, tout en précisant que c'est le cas de l'activité de formateur d'adultes dans l'horlogerie, mais pas de l'opérateur en horlogerie. Les reproches du recourant à cet égard tombent ainsi à faux. Les limitations fonctionnelles retenues par les experts dans une activité adaptée sont les mêmes, auxquelles s'ajoutent éviter de porter (maximum 10 kg ponctuel), pas d'effort de soulèvement, pas de position à genoux ou accroupie, pas d'échelle, d'escalier ou d'escabeau, pas de marche, pas de piétinement. Le rapport d'expertise rappelle en outre que les modifications de la capacité de travail sont motivées par des raisons uniquement rhumatologiques.

Par ailleurs, la seule nouvelle affection qui y est observée – une hypertension artérielle découverte fortuitement à ce moment – est jugée ne pas avoir à terme et une fois traitée de répercussion sur la capacité de travail.

S'agissant plus particulièrement du volet psychiatrique de l'expertise, il sied de relever que si – comme le fait remarquer à juste titre le recourant – il contient des erreurs linguistiques qui démontrent que la langue maternelle de l'experte n'est pas le français, cela ne suffit pas encore à en relativiser le bien-fondé. Au demeurant, le Tribunal n'est pas en mesure en l'état du dossier de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'experte aurait « trahi » (sic) les propos du recourant lors de l'expertise. Bien plutôt, il faut que le volet psychiatrique soit compréhensible ainsi que convaincant, et qu'il respecte la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Or, le Tribunal remarque que celui-ci correspond pleinement aux indicateurs posés par le Tribunal fédéral. Il aurait pu encore signaler, au sujet de la catégorie A « degré de gravité fonctionnel », que la question d'une éventuelle résistance à l'égard du traitement est sans objet dans le cas d'espèce, vu qu'aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu par l'experte. Toujours est-il que cela n'a en fin de compte aucune conséquence sur le respect des exigences fixées par la jurisprudence fédérale.

**11.3** Il ressort ainsi du rapport d'expertise pluridisciplinaire que les atteintes à la santé du recourant qui ont des incidences sur sa capacité de travail sont purement somatiques et touchent les régions du dos, des cervicales et des genoux. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail posés par les experts sont ainsi une arthrose majeure du genou droit secondaire à une fracture ancienne de la rotule, cette arthrose siégeant sur le compartiment fémoro-patellaire et sur le compartiment fémoro-tibial et s'accompagnant d'une amyotrophie du quadriceps ; une arthrose cervicale avec discopathies cervicales étagées et hernies discales multiples ; une arthrose étagée lombaire avec phénomène de vides discaux depuis L3 à L5 et canal lombaire rétréci en L4-L5 ; et une arthrose fémoro-patellaire débutante du genou gauche. En comparaison avec les diagnostics retenus dans le cadre de la dernière décision du 15 mai 2015, il convient de remarquer qu'ils sont identiques, ou du moins similaires, si ce n'est celui de status après neurolyse du nerf cubital au coude gauche en 2006 avec possibles séquelles sensitives qui n'est logiquement plus posé, étant donné que le coude s'est rétabli depuis l'opération. Il y a lieu de déduire que les experts concluent à ce que l'état de santé du recourant s'est en partie amélioré quant au coude gauche, et partiellement aggravé avec une arthrose débutante au niveau du genou gauche. Au final, ils considèrent néanmoins

implicitement que la capacité de travail du recourant s'est améliorée depuis 2015, en en fixant une entière sous réserve des limitations fonctionnelles.

Les plaintes exprimées par le recourant, y compris au sujet des céphalées, ont été prises en considération et sont fidèlement retranscrites dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, cela ne signifie toutefois pas encore que les plaintes doivent nécessairement être reprises telles quelles dans les conclusions du rapport. Il appartient aux experts de déterminer, sur la base de leurs constatations faites lors de leur(s) propre(s) examen(s), quelles douleurs sont véritablement objectives et lesquelles s'avèrent, au contraire, être purement subjectives, puis d'écarter ces dernières. En l'espèce, même s'il eut dû motiver le fait qu'il n'a pas retenu les céphalées, le terme d'« impression » sous-entend que l'expert rhumatologue ne considère pas qu'il s'agisse véritablement de céphalées invalidante. De plus, l'experte neurologue, soit une spécialiste en la matière, retranscrit, dans le volet neurologique, également les plaintes de céphalées diffuses, des troubles de la concentration et un sentiment de vertiges, mais précise que l'IRM cérébrale pratiquée est normale. Elle insiste sur l'absence d'atteinte objective au niveau neurologique. Ainsi, cet aspect a été dûment discuté et motivé dans le rapport d'expertise. La critique du recourant selon laquelle l'expertise ne prend pas en considération, au titre de ses plaintes, les céphalées dont il souffre, est, partant, infondée. Au surplus, on notera que seul le rapport du médecin traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_, du 20 novembre 2017 (AI doc 38) fait état de « céphalées de plus en plus invalidantes ». Cependant, ce rapport, très bref et doté d'une motivation sommaire, ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine force probante, étant rappelé que de tels rapports doivent être appréciés avec une certaine réserve, compte tenu de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique qui leur est confié, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Qui plus est, ce médecin n'en fait plus mention dans ses rapports et certificats médicaux ultérieurs. Seul l'aspect des éventuelles irradiations des lombalgies dans les deux membres inférieurs en direction des pieds aurait dû être davantage détaillé et discuté dans le volet neurologique. Cela ne suffit cependant pas à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert neurologue. Enfin, le volet de médecine interne générale révèle que le recourant présente assurément des ressources qu'il est incapable de mobiliser au moment de l'expertise. Le volet psychiatrique, lui, met en avant des ressources entières sur ce plan. Il relève encore en relation avec la personnalité du recourant que la disparition récente de la disposition à

coopérer provient de sa conviction de ne plus être capable de travailler au plan physique. Les volets rhumatologique et psychiatrique tout comme l'évaluation consensuelle soulignent, respectivement rappellent que l'état de fatigue dont se plaint le recourant ne s'explique pas par les constatations anatomiques, autrement dit par ses atteintes somatiques.

**11.4** En résumé, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, exposant les points litigieux et les plaintes du recourant. Les experts, des spécialistes reconnus dans leur domaine, étaient en pleine connaissance de l'anamnèse, du contexte médical et du dossier. Hormis quelques incohérences négligeables, respectivement corrigées par la décision attaquée, le rapport d'expertise pluridisciplinaire renferme des conclusions convaincantes et dûment motivées. Le volet psychiatrique, lu en parallèle avec l'évaluation consensuelle et les autres volets, suit la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Les conditions posées par la jurisprudence étant ainsi remplies, il convient de lui accorder pleine valeur probante. L'autorité inférieure était, partant, et sur avis du SMR – qui n'a pas fait preuve de beaucoup de légèreté, contrairement à ce que prétend le recourant –, légitimée à en reprendre les conclusions, avec la correction précitée, pour rendre sa décision de refus de rente d'invalidité dont est recours.

Il en résulte que l'état de santé du recourant n'a pas connu d'aggravation depuis la dernière décision entrée en force de 2015.

## **12.**

Au demeurant, et contrairement à ce qu'affirme le recourant, il appert que les opinions des médecins traitants, en particulier sur une éventuelle capacité de travail résiduelle, n'étaient pas aussi concordants que cela au moment où l'expertise pluridisciplinaire a été ordonnée. Ce faisant, il était pertinent que le SMR recommande la mise en place d'une telle expertise. Le grief avancé par le recourant à cet égard se révèle ainsi infondé et doit être rejeté.

## **13.**

**13.1** Il reste à examiner le volet de la comparaison des revenus. L'OAIE a renoncé à en effectuer une dans la décision attaquée, se contentant de déclarer qu'il y a lieu d'admettre que l'activité dans laquelle le recourant a été reconverti, soit formateur d'adultes dans l'horlogerie, est exigible en

plein et lui permet d'obtenir des gains plus ou moins similaires à ceux perçus dans son ancienne activité de boucher, excluant par conséquent le droit à une rente d'invalidité. Si on se rapporte à présent à la dernière décision entrée en force du 15 mai 2015 (AI doc 97), on note que l'OAIE a retenu, en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, un revenu avec invalidité de Fr. 49'782.– pour un homme, dans une activité qui ne nécessite pas de formation particulière, adapté à l'augmentation moyenne des salaires en Suisse jusqu'en 2014, soit Fr. 66'376. – puis diminué de 25 % puisque la capacité de travail s'élevait à 75 % ; aucun abattement n'avait été retenu, au motif que le recourant ne remplissait pas les critères de pondération développés par la jurisprudence. Il a fixé le revenu sans invalidité à Fr. 70'710,60 en indiquant que ce montant était basé sur le salaire annuel que le recourant aurait obtenu en tant que boucher auprès de l'entreprise C.\_\_\_\_\_SA (dernier employeur avant son atteinte à la santé), en 2004, soit Fr. 62'900.–, indexé selon l'augmentation moyenne des salaires en Suisse dans le domaine du commerce de détail jusqu'en 2014. Comparant ces revenus, il a abouti à une perte de gain de Fr. 20'928,60, donnant un degré d'invalidité de 30 %, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité, même partielle.

## 13.2

**13.2.1** Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (comparaison des revenus, méthode mixte, comparaison des travaux habituels ou méthode spécifique d'évaluation) dépend du statut du ou de la bénéficiaire potentiel de la rente : personne assurée exerçant une activité lucrative à temps complet, personne assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel, personne assurée non active. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, bien que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1, ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3). Il convient également de tenir compte de la volonté hypothétique de la personne assurée, volonté qui, comme fait interne, ne

peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs, établis là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2 et les références et 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3).

**13.2.2** Dans le cas d'espèce, le statut d'une personne exerçant une activité lucrative peut être retenu. En effet, il apparaît, d'une part, au degré de la vraisemblance prépondérante que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, le recourant aurait poursuivi l'exercice à plein temps de l'activité de formateur d'adultes dans l'horlogerie dans laquelle il s'est reconverti (voir AI doc 58). En outre, le rapport d'expertise pluridisciplinaire relève que le recourant aurait souhaité dans son dernier métier, rester sur son établi et que ses étudiants viennent autour de lui pour qu'il puisse enseigner les techniques, mais que cette méthode de travail aurait été refusée par son employeur et devant se déplacer d'établi en établi de taille différente avec nécessité de se pencher en avant, s'en serait suivie la dégradation de son état de santé (AI doc 25 p. 4).

**13.3** Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec 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 alors le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

**13.4** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité 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 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne assurée résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du 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, ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

En l'espèce, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est mai 2018 compte tenu du dépôt de la nouvelle demande par le recourant le 5 juillet 2017 (voir *supra* let. E.a) et qui a été reçue par l'OAI le 11 du même mois, alors que l'atteinte à la santé avec incapacité de travail remonte au 15 mai 2017 (AI docs 12, 49, 51, 56). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI) en tenant également compte du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

### **13.5**

**13.5.1** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

**13.5.2** Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé-e. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références, ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa ; ATF 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lors-

que cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne assurée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne assurée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer – jusqu'à nouvel ordre – au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, 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 et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

**13.5.3** Selon la jurisprudence, 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 assurée (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 et de manière globale 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, ATF 135 V 297 consid. 5.2, ATF 134 V 322 consid. 5.2, ATF 126 V 75 consid. 5b, ATF 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

En l'espèce, le Tribunal ne voit pas de raison de revenir sur la non retenue d'un abattement sur le salaire d'invalidé par l'autorité inférieure, par ailleurs ayant fait l'objet d'une décision du 15 mai 2015 entrée en force et non contesté par le recourant dans le cadre de la présente procédure de recours. L'OAIE est ainsi resté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation.

#### 14.

**14.1** En l'occurrence, l'autorité inférieure avait, lors de la dernière décision entrée en force, opéré la comparaison des revenus comme retranscrite ci-dessus (voir *supra* consid. 13.1). Elle obtient ainsi un taux d'invalidité de 30 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité suisse, même partielle.

**14.2** Comme il a été vu, le taux d'invalidité doit être calculé par comparaison des revenus, en se fondant sur les données indexées à l'année 2018 (moment déterminant dans le cas particulier pour le calcul, voir *supra* consid. 13.4). Il convient en outre d'utiliser le TA1\_skill-level de l'ESS 2014 (publié le 15 avril 2016 ; voir *supra* consid. 13.5.2 et par exemple ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références, ainsi que consid. 4.1.3).

En effet, s'agissant du revenu avec invalidité, le tableau TA1\_tirage\_skill\_level tous secteurs confondus (total) de l'ESS 2014 indique qu'un homme de niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) peut réaliser un salaire mensuel brut de Fr. 5'312.–. Il se monte à Fr. 5'537,75 une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2018, soit 41,7 heures. Cela donne ainsi un salaire annuel brut de Fr. 66'453.–. L'indice selon l'ISS pour l'année correspondant à l'ESS de référence est 2220 et pour 2018 est 2260. Le salaire d'invalidé après indexation selon l'ISS s'élève alors à Fr. 67'650.–. Pour mémoire, il n'y a pas lieu en l'espèce d'accorder un abattement (voir *supra* consid. 13.5.3).

Quant au revenu sans invalidité, les fiches de salaire annexées au rapport de l'employeur du 22 août 2017 indiquent que le recourant réalisait en juillet 2017 un revenu mensuel brut de Fr. 5'000.– en travaillant à plein temps dans son activité dans laquelle il s'est reconverti (AI doc 46). Le revenu annuel brut se monte par voie de conséquence à Fr. 60'000.–. Indexé à 2018 (l'indice selon l'ISS pour 2017 étant 2249), le revenu de valide s'élève à Fr. 60'293.– dans le cas du recourant.

La comparaison des revenus de valide et d'invalide ainsi obtenue débouche sur une perte de gain de -12,20 %  $([60'293 - 67'650] \times 100 : 60'293)$ , arrondie à 0 %.

**14.3** Force est dès lors de constater que ce taux d'invalidité, inférieur au minimum de 40 %, ne donne à l'évidence pas droit à une rente d'invalidité suisse.

**14.4** Par ailleurs, le résultat ne serait pas différent même en cas de prise en compte d'un abattement maximum de 25 % du salaire statistique. En effet, le revenu avec invalidité serait alors de Fr. 50'738.– et la comparaison des revenus de valide et d'invalide donnerait une perte de gain de 15,85 %  $([60'293 - 50'738] \times 100 : 60'293)$ , arrondie à 16 %. Ce taux est également insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité suisse.

**14.5** A titre superfétatoire, le Tribunal relève qu'il n'y a pas lieu en l'espèce de pratiquer un parallélisme des revenus, car le salaire statistique usuel de la branche, à savoir l'enseignement pour un homme de niveau de compétences 1 de l'ESS 2014 (\* 85) – bien que non indiqué, faute de données en suffisance – ne peut être supérieur d'au moins 5 % à celui accordé par le dernier employeur du recourant (cf. ATF 135 V 297 consi. 6.1.2). En effet, si on se rapporte à la colonne « total » de ladite branche enseignement de niveau de compétences 1 de l'ESS 2014, il y est indiqué un salaire usuel statistique de Fr. 4'240.–, soit indexé à 2018 cela donne un salaire mensuel (indice selon l'ISS pour total de l'année de l'ESS de référence : 2361, et pour 2018 : 2407) de Fr. 4'323.–.

## **15.**

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

## **16.**

En ce qui concerne la requête du recourant tendant à la production par l'OAIE du dossier complet de la cause, il est rappelé qu'elle a été satisfaite, sur invitation du Tribunal (TAF pce 5), dans le cadre de la réponse de l'autorité inférieure (TAF pce 6).

## **17.**

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 800.– (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1<sup>bis</sup> et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts, est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens, lesquels comprennent les frais de représentation (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]) et permettent au Tribunal, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 FITAF, d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de Fr. 800.– sont mis à la charge du recourant et sont compensés par l'avance de frais du même montant versée en cours de procédure.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

**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 :