



Cour III
C-1136/2007/pii

{T 0/2}

Arrêt du 2 juin 2009

Composition

Michael Peterli (président du collège), Beat Weber,
Madeleine Hirsig, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A._____, Portugal,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 10 janvier 2007).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant portugais, a travaillé en Suisse de 1977 à 1992 et a acquitté, durant cette période, les cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI; OAIE pce 6). Il a ensuite quitté la Suisse pour le Portugal, où il a exploité un café, en qualité d'indépendant, dès 1993 et jusqu'à mi-2003 environ, époque à laquelle il a cessé son activité pour raison de maladie. Il n'a pas repris d'activité lucrative par la suite (OAIE pces 1, 3, 6, 22, 25, 36, 62, 65, 67, 70, 80 à 83, 91).

B.

En date du 16 mai 2003, l'assurance-invalidité suisse a reçu, par l'intermédiaire de la sécurité sociale portugaise, une demande de prestations présentée par A._____ et datée du 27 décembre 2000 (OAIE pce 1).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, les documents médicaux suivants ont été versés aux actes:

- le rapport E 213 du 21 octobre 2004, qui pose les diagnostics de bronchite et de sinusite chroniques et fait état d'une pathologie ostéo-articulaire dégénérative de la colonne vertébrale, et qui, pour le surplus, est illisible (OAIE pce 59);
- un rapport du cabinet de radiologie de X._____, du 27 juin 2000, qui indique notamment une inflammation des muqueuses nasales et une déminéralisation diffuse de la colonne lombaire (OAIE pce 41);
- un rapport médical du 2 décembre 2000 de la Dresse B._____, spécialiste en immuno-allergologie, maladies pulmonaires et asthme, rapport en grande partie illisible et concluant à une incapacité de l'assuré dans l'exercice de sa profession (OAIE pce 42);
- une feuille d'admission, peu lisible, indiquant que A._____ a séjourné à l'hôpital Y._____ du 13 mars 2001 au 23 mars 2001, ainsi qu'une déclaration du 12 février 2004 attestant de ce même séjour et deux déclarations du 27 février 2004 certifiant que l'assuré

a été admis au service des urgences de l'hôpital Y._____ le 16 et le 17 février 2004 (OAIE pces 44, 58, 27, 28);

- le formulaire « Rapport médical » de l'Institut de solidarité et de sécurité sociale portugais du 1er août 2001, établi par le Dr C._____, qui diagnostique un asthme bronchial grave et conclut qu'il n'y a pas d'incapacité permanente de l'assuré dans sa profession (OAIE pce 43);
- un rapport du 29 mai 2003 du Dr D._____, du service de radiologie de Z._____, à X._____, qui observe une légère discopathie en C5-C6 et C6-C7, une légère discarthrose en D12-L1 et des signes d'ostéophytose avec une discarthrose en L1-L2 (OAIE pce 45);
- un rapport du 6 juin 2003, établi par le Dr E._____, du Centre d'imagerie médicale à X._____, suite à un scanner des cavités naso-sinusales, qui confirme notamment une pathologie de la muqueuse sinusale frontale et maxillaire et une sinusopathie chronique, et indique que certaines des affections dont souffre l'assuré pourraient provoquer une apnée du sommeil ou une roncopathie (OAIE pce 46);
- un rapport médical du 30 octobre 2003, établi par le Dr F._____, du Ministère de la santé, qui fait état d'asthme bronchial et de rhinite, nécessitant la prise périodique et fréquente de médicaments, et, au niveau de la colonne lombaire, la présence d'altérations dégénératives ostéo-articulaires avec déminéralisation (OAIE pce 47);
- les résultats d'un électrocardiogramme effectué le 12 novembre 2003 par le Dr G._____, qui révèlent une anomalie auriculaire gauche (OAIE pce 50);
- un rapport du 12 novembre 2003 du Dr H._____, du service de radiologie de Z._____, à X._____, qui indique notamment que la silhouette cardiaque de l'assuré est compatible avec son âge (OAIE pce 48);
- le formulaire « Rapport médical » de l'Institut de solidarité et de sécurité sociale portugais du 9 août 2004, établi par un médecin dont le nom est peu lisible, qui diagnostique notamment une

pathologie ostéo-articulaire dégénérative de la colonne vertébrale, de l'asthme et une sinusite chronique, et conclut qu'il n'y a pas d'incapacité permanente de l'assuré dans sa profession; au surplus, le rapport est illisible (OAIE pce 57);

- divers documents médicaux illisibles (OAIE pces 10, 11, 37 à 40).

C.

Dans sa prise de position du 13 février 2005, le Dr I._____, du service médical de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), a retenu les diagnostics de rhino-sinusite et de bronchite chronique asthmatiforme, et relevé qu'il n'était pas fait mention d'insuffisance respiratoire sévère. Il a jugé A._____ comme étant dans un bon état général et noté quelques troubles dégénératifs du rachis compatibles avec l'âge de l'assuré. Le Dr I._____ en a déduit que la maladie était curable et par conséquent compatible avec la poursuite de la dernière activité de l'assuré (OAIE pces 62 et 63).

D.

Se fondant sur la prise de position de son service médical du 13 février 2005, l'OAIE, par décision du 18 février 2005, a rejeté la demande de prestations présentée par A._____, au motif qu'il n'existait pas d'invalidité, puisqu'il n'y avait pas d'incapacité permanente de gain, ni d'incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens de la loi suisse, l'exercice d'une activité lucrative étant toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (OAIE pce 64).

E.

En date du 25 avril 2005, l'assurance-invalidité suisse a reçu, par l'intermédiaire de la sécurité sociale portugaise, une nouvelle demande de prestations présentée par A._____ et datée du 22 décembre 2003 (OAIE pce 65).

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, les documents médicaux suivants ont été versés aux actes:

- le rapport E 213 du 7 février 2006, peu lisible, qui reprend notamment les diagnostics d'asthme bronchial et de pathologie dégénérative de la colonne vertébrale, et qui conclut à une « incapacité permanente dans l'exercice de la profession », sans

possibilité d'amélioration de l'état de santé ou de la capacité de travail de l'assuré (OAIE pce 86);

- un rapport du cabinet de radiologie de X._____, du 24 octobre 2005, qui indique en particulier, après examen du rachis, une déminéralisation diffuse, une discopathie, une arthrose uncovertébrale, une ostéophytose lombaire naissante, une discarthrose et une arthrose inter-apophysaire en L4-L5, une légère déformation du corps vertébraux, ainsi qu'une porose et des signes arthrosiques huméro-cubitaux et huméro-radiaux (OAIE pce 84);
- un rapport médical très peu lisible du 7 février 2006, établi par le Dr F._____, du Ministère de la santé, qui, pour l'essentiel, confirme les diagnostics connus (OAIE pce 85).

F.

Dans son avis médical du 17 juillet 2006, la Dresse J._____, du service médical de l'OAIE, a diagnostiqué une bronchite chronique asthmatiforme et une rhino-sinusite récidivante, ainsi qu'une cervico-lombalgie. Elle a jugé qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments depuis l'évaluation effectuée en 2005 et que si les atteintes à la santé de l'assuré avaient certes évolué, elles n'étaient pas invalidantes et pouvaient être traitées. La Dresse J._____ a dès lors conclu à une capacité de travail totale, voire éventuellement de 80%, dans l'activité habituelle et proposé le rejet de la nouvelle demande de prestations (OAIE pces 91 et 92).

Dans son projet de décision du 24 juillet 2006, l'OAIE a signifié à A._____ qu'il entendait rejeter sa demande de prestations (OAIE pce 93).

G.

Dans le cadre de la procédure d'audition, le requérant, dans son écriture du 13 août 2006 (OAIE pce 94), s'est déclaré en incapacité permanente de travail et a produit deux nouveaux rapports médicaux, manuscrits et peu lisibles. L'un, non daté, a été établi par le Dr K._____, orthopédiste, qui confirme les diagnostics déjà connus et conclut à une incapacité de travail de l'assuré dans sa profession et dans une activité équivalente; l'autre, du 5 octobre 2006, a été rédigé par la Dresse B._____, qui estime l'assuré incapable de travailler de façon permanente dans sa profession et dans d'autres professions comparables (OAIE pces 88 et 89).

H.

Consultée dans le cadre de la procédure d'audition, la Dresse J._____, dans son avis médical du 25 novembre 2006, a indiqué que le rapport de la Dresse B._____ confirmait l'exacerbation des bronchites et des infections des voies respiratoires, nécessitant la prise d'antibiotiques et occasionnellement de corticostéroïdes, ainsi qu'une légère limitation de la fonction pulmonaire. Elle a estimé toutefois qu'une documentation complémentaire et de plus amples détails étaient indispensables. Quant au rapport du Dr K._____, la Dresse J._____ le juge peu lisible et requiert là aussi un compte-rendu plus détaillé, avec indications cliniques, radiologiques, et dactylographié (OAIE pce 97).

Par courrier du 7 décembre 2006, l'OAIE a accordé à l'assuré un délai supplémentaire au 7 janvier 2007 pour produire des rapports médicaux complets et lisibles, et contenant des indications sur la capacité de travail (OAIE pce 98).

En l'absence de réponse de l'assuré, l'OAIE, se fondant sur la prise de position de son service médical du 25 novembre 2006, a rejeté, par décision du 10 janvier 2007, la demande de prestations présentée par A._____, conformément à son projet de décision, jugeant que les conditions requises pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étaient pas remplies non plus après la date de la première décision de rejet du 18 février 2005 et qu'il n'existait pas, en conséquence, d'invalidité au sens de la loi suisse (OAIE pce 99).

I.

Par écriture du 2 février 2007, A._____ a formé recours contre la décision du 10 janvier 2007, demandant implicitement une rente d'invalidité et sollicitant un délai supplémentaire pour produire de nouvelles pièces médicales (TAF pce 1).

Par courrier du 27 février 2007, le recourant a versé aux actes les résultats d'un examen audiométrique du 22 décembre 2004, un rapport médical, manuscrit et peu lisible, du Dr F._____, daté du 21 février 2007, ainsi qu'un rapport dactylographié de la Dresse B._____ du 2 février 2007, qui fait état d'un asthme grave persistant et d'une rhinite modérée persistante, les symptômes étant apparus il y a dix ans environ, ainsi que d'une hypoxémie. La Dresse B._____ relève que les exacerbations et infections respiratoires sont fréquentes et nécessitent l'intervention d'un

médecin, et conclut que les difficultés respiratoires de A._____ ont pour conséquence une incapacité dans l'exercice d'une activité professionnelle, l'assuré étant dans l'impossibilité de travailler depuis environ trois ans, aux dires de la Dresse B._____ (TAF pce 1).

J.

Dans sa prise de position du 13 septembre 2007, la Dresse J._____, du service médical de l'OAIE à qui a été soumis le recours, a retenu les diagnostics et traitements décrits par la Dresse B._____ dans son rapport du 2 février 2007 et relevé la constante nécessité d'inhalations de corticoïdes. Elle a ainsi estimé qu'il existait une augmentation claire des difficultés pulmonaires et a fixé à 60% l'incapacité de travail du recourant, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité de substitution, et ce dès octobre 2006, une incapacité de 20% pouvant être retenue à partir de mi-2005; elle a indiqué en outre que le point de départ de l'incapacité était difficile à établir (OAIE pce 102)

K.

Dans sa réponse du 9 novembre 2007, l'autorité inférieure, se fondant sur les constats de son service médical dans son avis du 13 septembre 2007 quant à la dégradation de l'état de santé du recourant, a retenu une incapacité de travail de 20% dès 2005 et de 60% pour toute activité depuis le 5 octobre 2006, soit une invalidité générale de 60% donnant droit à trois-quarts de rente, une fois le délai d'attente d'une année écoulé conformément aux dispositions légales et en raison de la nature labile des affections du recourant. L'OAIE a toutefois souligné que le cas d'assurance étant survenu postérieurement à la décision attaquée, l'octroi de la rente devait faire l'objet d'une nouvelle décision administrative, et a donc conclu au rejet du recours et au renvoi du dossier à son Office pour qu'il se prononce sur le droit à la rente résultant de l'aggravation de l'état de santé (TAF pce 10).

Invité à répliquer (TAF pce 11), le recourant n'a pas déposé d'observations.

L.

Par décision incidente du 21 novembre 2007, le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à Fr. XXX.- et a octroyé au recourant un délai de 14 jours dès la notification de la décision incidente – le 26 novembre 2007 selon l'avis

de réception de la Poste – pour la payer. Le 7 décembre 2007, un montant de Fr. XXX.- a été versé sur le compte du Tribunal (TAF pces 11 à 14).

M.

Par ordonnances du 12 avril 2007, puis du 18 mai 2009, le Tribunal administratif fédéral a informé les parties de la composition et de la modification du collège de juges amenés à examiner la présente cause (TAF pces 4, 16). Aucune demande de récusation n'a été présentée.

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, 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 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

Il sied de relever encore que les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (arrêt du Tribunal fédéral I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.1; ATF 130 V 560 consid. 3.1 et les références citées).

1.3 Le requérant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, il a qualité pour recourir.

En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71).

2.2 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 10 janvier 2007, les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

3.

3.1 En l'espèce, le recourant a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse le 27 décembre 2000, reçue le 16 mai 2003 par l'OAIE. Cette requête a été rejetée par décision du 18 février 2005, décision entrée en force, au motif que le recourant ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi suisse.

Le 25 avril 2005, le recourant a déposé une nouvelle demande, du 22 décembre 2003, sur laquelle l'OAIE est entrée en matière et qu'il a également rejetée par décision du 10 janvier 2007, considérant qu'il ne s'était produit aucune modification notable des circonstances du cas et qu'il n'y avait toujours pas d'invalidité.

Le recourant a alors interjeté recours contre cette décision, contestant ce point de vue et versant de nouvelles pièces médicales au dossier.

3.2 Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPG. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient

de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5).

En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge. En effet, 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 quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2, ATF 117 V 198 consid. 3a, ATF 109 V 108 consid. 2).

3.3 En conséquence, le Tribunal de céans doit examiner en l'espèce si l'invalidité du recourant a subi une modification, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 18 février 2005, dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 10 janvier 2007, date de la décision litigieuse.

4.

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

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations (OAIE pce 6). Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5.2 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

5.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

5.4 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%, à trois-quarts de rente

s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI – selon laquelle 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 en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

6.

6.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

6.2 Il convient de relever que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore

raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.

7.1 Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, para. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPG), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En particulier, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2^e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5).

7.2 Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent

de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 PCF, [RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 la 114 p. 127).

7.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, 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, 2^e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; 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 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

8.1 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

8.2 Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les

points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant

d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.4 Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsqu'en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

9.

9.1 A la lecture des pièces au dossier, il apparaît établi qu'à l'époque de la décision initiale de refus de rente, le recourant souffrait d'un asthme bronchial, de bronchite et de sinusite chroniques, ainsi que d'une pathologie ostéo-articulaire dégénérative de la colonne vertébrale, diagnostics mentionnés notamment dans le rapport E 213 du 21 octobre 2004 et confirmés par les autres documents médicaux versés au dossier au cours de l'instruction de la première demande de prestations présentées par A._____. Ces rapports ont conduit le Dr I._____, du service médical de l'OAIE, à estimer, dans sa prise de position du 13 février 2005, que la maladie du recourant était curable et compatible avec la poursuite de la dernière activité, et l'OAIE, à rejeter la demande de prestations de l'assuré, jugeant qu'il ne présentait pas d'invalidité. La décision de rejet, du 18 février 2005, n'a pas été contestée en son temps et est entrée en force.

9.2 Lors de la nouvelle demande présentée par le recourant, l'autorité inférieure a considéré qu'il ne s'était produit aucune modification notable des circonstances, de sorte que l'octroi d'une rente d'invalidité

demeurait infondé. Le recourant le conteste, se déclarant en incapacité permanente de travail.

9.2.1 Dans le cadre de sa nouvelle demande, l'assuré a produit, dans un premier temps, trois nouveaux rapports médicaux, dont un rapport E 213, du 7 février 2006. Celui-ci fait état d'un asthme bronchial et d'une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale, diagnostics confirmés par les deux autres documents versés aux actes, et conclut à une incapacité permanente dans l'exercice de la profession. Sur cette base, la Dresse J._____, du service médical de l'OAIE, a jugé, dans sa prise de position du 17 juillet 2006, qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments depuis l'évaluation effectuée en 2005 et que si les atteintes à la santé avaient certes évolué, elles n'étaient pas invalidantes.

9.2.2 Dans un second temps, en procédure d'audition, le recourant a versé au dossier deux nouveaux rapports médicaux, rédigés à la main, l'un, du 5 octobre 2006, de la Dresse B._____, et l'autre, non daté, du Dr K._____. Tous les deux confirment une fois encore, dans la mesure où ils sont lisibles, les diagnostics déjà connus et concluent à une incapacité de travail de l'assuré dans sa profession et dans toute activité comparable. Consultée sur ces rapports, la Dresse J._____, dans son avis médical du 25 novembre 2006, a constaté à nouveau l'évolution des affections dont souffre le recourant, mais a estimé toutefois qu'une documentation complémentaire, plus claire et plus détaillée, était nécessaire pour évaluer l'incapacité de travail de l'intéressé, ce que ce dernier a été invité à faire avant que l'OAIE ne rende la décision litigieuse, par courrier du 7 décembre 2006. En l'absence de réponse du recourant dans le délai qui lui était imparti, l'autorité inférieure a une nouvelle fois rejeté la demande de prestations de A._____.

9.3 L'autorité de céans relève à ce stade que les avis exprimés par le corps médical à l'époque de la décision initiale sont dans leur plus grande partie identiques à ceux émis durant l'instruction ayant précédé la décision entreprise, tant quant aux diagnostics qu'aux conclusions sur la capacité de travail. Ainsi, la Dresse B._____, qui conclut à une incapacité de travail du recourant dans son rapport du 5 octobre 2006, jugeait déjà de même dans son rapport du 2 décembre 2000; tout au plus estime-t-elle, dans son deuxième rapport, que l'assuré est incapable dans sa profession comme dans

d'autres activités comparables. Quant aux rapports E 213, ils présentent les mêmes diagnostics, le second, plus lisible, concluant à une incapacité de travail, mais sans motivation aucune, ni description des limitations que subirait le recourant, et sans qu'on puisse déterminer s'il s'agit d'une incapacité dans la profession habituelle ou dans toute activité. Enfin, le rapport du Dr K._____, orthopédiste, qui n'avait apparemment jamais été consulté auparavant, conclut, comme la Dresse B._____, à une incapacité de travail dans toute activité correspondant à la profession du recourant, mais présente peu de valeur probante d'un éventuel changement, n'étant pas daté et très peu lisible.

Il apparaît donc qu'aucun changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité du recourant, n'était fondé au moment de la décision litigieuse, malgré le délai supplémentaire accordé à l'assuré pour clarifier sa situation, les documents produits qui auraient été susceptibles de motiver un tel changement étant par ailleurs pratiquement illisibles et peu clairs. Or, si, comme mentionné au considérant 7 ci-avant, la procédure administrative fait prévaloir la procédure inquisitoriale, les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves utiles, commandées par la nature du litige et des faits invoqués, ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve.

9.4 C'est seulement en procédure de recours que l'assuré, en produisant un certificat dactylographié de la Dresse B._____ du 2 février 2007 reprenant pour une grande part le rapport du 5 octobre 2006, a permis de clarifier sa situation et les documents médicaux précédents.

9.4.1 Ce nouveau rapport pose en effet les diagnostics précis d'asthme grave persistant et de rhinite modérée persistante, ainsi que d'une hypoxémie, et expose les conséquences de telles atteintes à la santé, en particulier les difficultés respiratoires rencontrées par le recourant, provoquant, selon la Dresse B._____ une incapacité dans l'exercice d'une activité professionnelle.

9.4.2 Se fondant sur ce nouveau rapport médical, la Dresse J._____, du service médical de l'OAIE, consultée sur le

recours de l'assuré, a cette fois estimé qu'il existait une augmentation claire des difficultés pulmonaires. Elle a en conséquence fixé à 60% l'incapacité de travail du recourant dans toute activité, et ce dès octobre 2006, bien qu'elle ait jugé difficile de déterminer le point de départ de l'incapacité, une incapacité de 20% pouvant par ailleurs être retenue à partir de mi-2005. L'autorité inférieure, dans sa réponse au recours du 9 novembre 2007, a alors retenu une incapacité de travail de 20% dès 2005 et de 60% pour toute activité depuis le 5 octobre 2006, soit une invalidité générale de 60% donnant droit à trois-quarts de rente une fois le délai légal d'attente d'une année écoulé conformément aux dispositions légales et en raison du caractère labile des affections du recourant. L'OAIE a toutefois conclu au rejet du recours et proposé le renvoi du dossier à son Office pour qu'il se prononce sur le droit à la rente résultant de l'aggravation de l'état de santé, jugeant que le cas d'assurance était survenu après la décision attaquée et qu'ainsi l'octroi de la rente devait faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

Le recourant n'a pas déposé d'observations à cet égard.

9.5 L'autorité de céans relève ainsi que les avis médicaux de la Dresse B._____ et de la Dresse J._____, du service médical de l'OAIE, sont concordants quant au fait qu'une modification des circonstances, dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant, influant sur son degré d'invalidité, s'est bel et bien produite depuis la décision initiale du 18 février 2005, ce que l'autorité inférieure reconnaît d'ailleurs elle aussi.

Toutefois, après examen, la Cour observe que les avis de ces deux médecins divergent s'agissant tant de l'évaluation du degré d'incapacité de travail du recourant que de la date à partir de laquelle cette incapacité de travail est intervenue, et qu'ils sont en outre peu précis ou peu motivés sur ces points. En effet, la Dresse B._____, médecin traitant du recourant et l'ayant examiné, conclut à une incapacité du recourant dans l'exercice d'une activité professionnelle et indique que l'assuré est dans l'impossibilité de travailler depuis environ trois ans, déclarant implicitement l'assuré incapable d'exercer toute activité à 100%, et ce, depuis février 2004 au moins, le rapport datant du 7 février 2007; ses conclusions, quoique motivées, sont peu précises, en particulier quant au point de départ de l'incapacité. Quant à la Dresse J._____, du service médical de l'OAIE, qui n'a pas

examiné l'assuré et se limite donc à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, elle retient une incapacité de travail du recourant dans toute activité à hauteur de 60%, et ce, dès octobre 2006, et une incapacité de 20% à partir de mi-2005, sans aucune motivation expliquant le degré d'incapacité retenu et tout en déclarant qu'il est difficile de déterminer le point de départ de cette incapacité.

La Cour est donc d'avis qu'en l'espèce, si l'on peut, sur la base exclusive de la documentation versée au dossier, constater une aggravation de l'état de santé du recourant, il n'est pas possible par contre de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérant, à une conclusion quant au degré d'incapacité de travail du recourant et à la date du point de départ de cette incapacité. Dès lors, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de se rallier aux conclusions de l'autorité inférieure et de son médecin-conseil, ni à celles du recourant. Par contre, il rejoint l'OAIE s'agissant du caractère labile des affections du recourant et du délai légal d'attente d'une année qui doit s'écouler avant que ne prenne naissance le droit à la rente. Il convient en effet de préciser à ce propos que l'art. 88a al. 2 RAI, qui prévoit que si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable, est étroitement lié à un cas de révision, de sorte que ce délai de trois mois ne saurait débiter avant la naissance du droit à une rente, soit avant que la période de carence imposée par l'art. 29 al. 1 let. b LAI ne soit arrivée à échéance (arrêts du Tribunal fédéral 8C_551/2008 du 13 novembre 2008 consid. 3.3 et I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b).

10.

En conséquence, l'autorité de céans constate que, s'il est établi qu'une modification des circonstances dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant s'est produite depuis la décision initiale du 18 février 2005, les rapports médicaux versés au dossier ne répondent pas aux exigences jurisprudentielles et ne permettent pas d'évaluer l'incapacité de travail du recourant, ni de fixer la date à partir de laquelle cette incapacité de travail est intervenue. Dans la mesure où une instruction complémentaire du dossier pourrait révéler qu'un éventuel cas d'assurance est survenu antérieurement à la décision attaquée, il convient d'annuler cette dernière.

Dès lors, le recours doit être admis, en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAIE, afin que celui-ci prenne une nouvelle décision après avoir procédé, par toute mesure utile, à une instruction complémentaire propre à établir avec précision le degré d'incapacité de travail du recourant et la date à partir de laquelle cette incapacité de travail est intervenue, et ainsi à déterminer si l'aggravation constatée de l'état de santé du recourant est de nature à fonder une invalidité donnant droit à des prestations (art. 61 PA).

11.

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et al. 2 PA). L'avance de frais de Fr. XXX.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

Le recourant n'étant pas représenté, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 10 janvier 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, qui rendra une nouvelle décision après avoir procédé conformément au considérant 10.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. XXX.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec Avis de réception)
- à l'autorité inférieure
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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

Le président du collège :

La greffière :

Michael Peterli

Isabelle Pittet

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 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :