



---

Cour III  
C-2316/2015

## Arrêt du 16 mai 2017

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Caroline Bissegger, juges,  
Brian Mayenfisch, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
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 (AI ; décision du 23 mars 2015).

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissant français né le (...) 1959, marié, père de deux enfants, et titulaire d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) de pâtisserie, a commencé à travailler en Suisse comme frontalier dès l'année 1981, et pour l'employeur B.\_\_\_\_\_ dès le 14 août 1989 ; il a ainsi cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Il a, en dernier lieu, occupé un poste de manutentionnaire, et a été mis en arrêt de travail à 100% pour cause de maladie à compter du 4 octobre 2007 (AI docs 1 ; 3 p. 11 ; 10 ; 16).

**B.**

**B.a** Le 4 mars 2008, l'assureur-maladie pour perte de gain (...), du Groupe Mutuel (ci-après : l'assureur-maladie), a transmis à l'Office AI du canton de Genève (ci-après : l'OCAS) une demande de prestations d'invalidité (sous forme de mesures de réadaptation), datée du 22 février 2008 et signée de la main de l'intéressé (AI docs 1 ; 3). La demande a été enregistrée par l'OCAS en date du 6 mars 2008 (AI doc 7 p. 1).

**B.b** Diverses pièces ont été fournies dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, certaines provenant par ailleurs du dossier de l'assureur-maladie, à savoir :

- un rapport daté du 4 octobre 2007, dans lequel le Dr C.\_\_\_\_\_, cardiologue, constate que l'intéressé présente un aspect de myocardopathie dilatée hémodynamique, et conseille une hospitalisation rapide (AI doc 11 p. 7),
- un « compte-rendu de coronographie » établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, de l'Unité de Cardiologie interventionnelle du Centre Hospitalier de (...), et daté du 9 octobre 2007 (AI doc 11 p. 8),
- une « déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur », datée du même jour, et attestant que l'intéressé a été mis en arrêt de travail à compter du 4 octobre 2007 (avec pour dernier jour de travail effectif le 2 octobre 2008 ; AI doc 3 p. 11),
- un rapport médical établi le 25 octobre 2007 par le Dr E.\_\_\_\_\_, du Service de Cardiologie du Centre Hospitalier (...), qui relève notamment que l'intéressé présente une dyspnée d'effort ; le médecin soupçonne un syndrome d'apnée du sommeil (AI doc 17 p. 7 s.),

- un rapport établi en date du 5 novembre 2007 par le Dr C.\_\_\_\_\_, indiquant que le compte-rendu de coronographie du 9 octobre 2007 confirme l'existence d'une myocardopathie hypokinétique sévère primitive ; le médecin relève en outre que sur le plan fonctionnel, son patient semble être dyspnéique (AI doc 11 p. 6),
- un « rapport médical initial », daté du 19 novembre 2007 et établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressé, à l'attention de l'assureur-maladie ; il relève une fraction d'éjection de 25% (AI doc 3 p. 15 s.),
- un compte-rendu médical établi par le Dr C.\_\_\_\_\_ en date du 18 janvier 2008, et faisant suite à une consultation effectuée le même jour ; le médecin rappelle que l'intéressé souffre d'une myocardopathie hypokinétique sévère primitive avec une fraction d'éjection de 25%, et insiste sur le fait que son activité habituelle est incompatible avec son état de santé ; enfin, il préconise une mesure de reconversion professionnelle (AI doc 11 p. 5),
- un rapport médical longue durée, établi par le Dr F.\_\_\_\_\_ en date du 31 janvier 2008, à nouveau destiné à l'assureur-maladie, dans lequel le médecin traitant confirme le diagnostic de myocardopathie hypokinétique sévère primitive, avec une fraction d'éjection de 25% ; à la question de savoir si l'intéressé pourra reprendre totalement son activité professionnelle, le médecin répond « probablement pas avec le même rendement et le même effort » ; il indique en revanche que son patient conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (notamment un travail de bureau [AI doc 3 p. 14]),
- un rapport médical du 11 février 2008, dans lequel le Dr G.\_\_\_\_\_, rhumatologue, note que l'intéressé est essoufflé « au moindre effort », et qu'il a de la peine à monter les escaliers et à soulever des charges ; le médecin relève que la fraction d'éjection du ventricule gauche est de 25 à 30% ; il soutient que l'arrêt de travail à 100% est justifié, en proposant toutefois que l'intéressé fasse une demande AI en vue d'une reconversion professionnelle (AI doc 3 p. 12 s.),
- un rapport médical établi à l'attention de l'OCAS par le Dr F.\_\_\_\_\_, en date du 27 mars 2008 ; le médecin souligne que son patient présente une dyspnée d'effort ; il retient que l'exercice de l'activité habituelle est inexigible ; en outre, il indique que l'exercice d'une activité adaptée est possible, pour autant qu'elle ne demande pas de

rester uniquement en position assise ou debout, de marcher une grande partie du temps, d'adopter des positions accroupie, à genoux ou en rotation, de devoir monter des escaliers et des échafaudages, de devoir mettre ses bras au-dessus de la tête, et enfin de soulever des poids excédant 25 kg ; il préconise en outre l'exercice d'une activité « sans effort - sans risque » ; le médecin, enfin, précise que les restrictions énumérées peuvent être réduites par le biais d'une réadaptation cardiovasculaire (AI doc 17 p. 3 – 6),

- et, enfin, une note médicale du même médecin, datée du 4 avril 2008, confirmant la possibilité d'effectuer une activité adaptée (AI doc 17 p. 2).

**B.c** En date du 8 avril 2008, la Dresse H. \_\_\_\_\_ (médecin du Service médical régional AI [ci-après : médecin SMR]), a retenu comme diagnostic une cardiomyopathie hypokinétique sévère. Elle a relevé que l'intéressé présentait une fraction d'éjection de 25%, ce qui contre-indiquait l'exercice de l'activité habituelle. Enfin, elle a souligné qu'il souffrait d'une dyspnée d'effort (AI doc 18).

**B.d** Dans un second avis médical daté du 21 avril 2008, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin SMR, a constaté que dans une activité adaptée légère, semi-sédentaire, avec port occasionnel de charges n'excédant pas 25 kg, la capacité de travail de l'intéressé avait toujours été totale (AI doc 19 p. 3).

**B.e** Par la suite, deux autres pièces ont encore été versées au dossier, à savoir :

- un rapport établi à l'attention de l'OCAS par le Dr F. \_\_\_\_\_, en date du 28 mai 2008, indiquant que l'exercice d'une activité adaptée sera exigible « dans 3 – 6 mois » ; le médecin constate que les limitations principales de l'intéressé sont une limitation à l'effort, une fatigabilité, ainsi qu'une dyspnée (AI doc 24),
- et un second rapport médical daté du 29 mai 2008 établi à l'attention de l'OCAS, cette fois-ci par le Dr C. \_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier relève que l'on peut s'attendre à une reprise d'une activité adaptée à 50% dès le mois de septembre 2008, dans la mesure où dite activité ne demande pas de devoir effectuer des travaux trop pénibles, de devoir porter des charges (au moins durant le premier mois), et de monter sur des échelles et des échafaudages (AI doc 23).

**B.f** Dans une note interne datée du 11 août 2008, l'OCAS a indiqué comme suit : « suite à l'entretien téléphonique que nous avons eu ce jour avec Monsieur A. \_\_\_\_\_, il s'avère que grâce à un séjour d'un mois passé en juillet 2008 au Centre de Rééducation cardiaque (...), l'évolution est positive, les tests d'efforts sont bons. Au vu de ce qui précède, les médecins auraient décidé que Monsieur A. \_\_\_\_\_ était en mesure de reprendre son activité habituelle à 100% dès le mois de septembre 2008. Pas d'aménagement du poste de travail possible ou nécessaire. Si les informations données par notre assuré sont divergentes de celles en notre possession (Monsieur A. \_\_\_\_\_ connaît les limitations fonctionnelles que nous avons retenues), cela s'explique par l'amélioration toute récente (tests d'efforts faits à l'entrée et à la sortie du Centre de rééducation très différents) » (AI doc 25).

**B.g** Par décision du 14 janvier 2009 (AI doc 29), l'OAIE a confirmé le projet de décision de l'OCAS du 18 novembre 2008 (AI doc 27) et rejeté la demande de prestations déposée par l'intéressé. L'Office a considéré que sa capacité de travail avait « depuis toujours » été de 100% dans une activité adaptée légère, semi-sédentaire, avec port de charges de 25 kg une à deux fois par jour. L'Office a dès lors procédé à une comparaison d'un revenu sans invalidité de CHF 63'700.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 54'203.- (ce dernier montant correspondant au salaire annuel d'un homme exerçant dans tous les secteurs confondus une activité de niveau 4 [activités simples et répétitives], tel que retenu dans l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires, soit un montant annuel de CHF 60'226.-, abaissé de 10% au vu de la contrainte pour l'intéressé de devoir exercer une activité légère), et a ainsi conclu à une perte de gain qui, s'élevant à 14,9%, ne donnait droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures de reclassement (le droit à ces dernières n'existant que si le manque à gagner était de 20% au moins).

Aucun recours n'a été déposé contre cette décision, qui est entrée en force.

## **C.**

**C.a** Le 13 novembre 2014, l'assureur-maladie, précisant qu'il indemnisait l'intéressé en raison d'une incapacité de travail totale survenue le 4 mai 2014 (recte : le 5 mai 2014, voir l'annonce d'incapacité de travail du 30 septembre 2014 [AI doc 37]), a transmis à l'OCAS une demande de prestations AI, signée de la main de l'intéressé en date du 23 octobre 2014, demande que l'Office a enregistrée en date du 14 novembre 2014 ;

l'intéressé avait, jusqu'à cet arrêt de travail, continué à exercer son activité habituelle de manutentionnaire (AI docs 30 p. 1 s. ; 31 ; 41 p. 9).

**C.b** Dans ce cadre, ont notamment été versés au dossier les documents suivants :

- un courrier médical du Dr J. \_\_\_\_\_, cardiologue, daté du 17 février 2014, adressé au Dr F. \_\_\_\_\_, dans lequel le médecin retient une cardiomyopathie hypokinétique sévère, avec fraction d'éjection autour de 25%, équilibrée sur le plan hémodynamique, avec présence d'un asynchronisme ; en outre, il y est indiqué que l'intéressé présente une dyspnée modérée II/IV à deux étages, sans angor ; un électrocardiogramme de longue durée sur une semaine, une polygraphie respiratoire, et enfin un bilan sanguin complets sont prévus (AI doc 30 p. 10),
- un autre courrier daté du 18 avril 2014, adressé par le Dr J. \_\_\_\_\_ au Dr K. \_\_\_\_\_, cardiologue du Groupe L. \_\_\_\_\_, relevant une fraction d'éjection se situant entre 25 et 32%, et sollicitant une stimulation multisite avec défibrillateur ; le médecin note en outre un syndrome d'apnée du sommeil (AI doc 30 p. 9),
- un compte-rendu de l'étude électrophysiologique du 5 mai 2014, dans lequel le Dr K. \_\_\_\_\_ relève que l'intéressé présente une myocardiopathie dilatée avec une fraction d'éjection entre 20 et 25%, ainsi qu'une extrasystole ventriculaire et, enfin, une vulnérabilité ventriculaire non-soutenue (AI doc 30 p. 6),
- un courrier daté du 6 mai 2014, rédigé par le Dr K. \_\_\_\_\_ à l'attention du Dr J. \_\_\_\_\_ ; le médecin y indique qu'une implantation d'un défibrillateur multisite est prévue pour le 22 mars 2014 (recte : 22 mai 2014) ; il précise en outre que l'intéressé a été informé de la nécessité de ne plus exercer son activité habituelle (AI doc 30 p. 12 s.),
- un compte-rendu du 24 mai 2014 du Groupe L. \_\_\_\_\_, indiquant que l'implantation du défibrillateur automatique multisite a été réalisée sans incident (AI doc 30 p. 4),
- des courriers du Dr J. \_\_\_\_\_, datés du 12 juin et du 24 juin 2014, dans lesquels le médecin relève que l'intéressé ne montre pas de signes de défaillance cardiaque ; il évoque toutefois la possibilité d'une insuffisance ventriculaire gauche ; il précise en outre que la fraction

d'éjection est de 20%, et que l'intéressé demeure asthénique et dyspnéique (AI doc 36 p. 10 s.),

- un courrier rédigé par le Dr M.\_\_\_\_\_, pneumologue, en date du 15 juillet 2014, dans lequel le médecin, s'adressant au Dr F.\_\_\_\_\_, indique que son patient a bénéficié de la mise en place d'une Pression Positive Continue (PPC) en raison de son syndrome d'apnées du sommeil, intervention que l'intéressé a bien tolérée (AI doc 36 p. 6),
- une lettre du 28 août 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_, adressée au Dr J.\_\_\_\_\_, dans laquelle le cardiologue indique qu'il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque, que l'interrogation du défibrillateur a montré l'absence de toute arythmie ventriculaire et intervention anti-tachycardique, et que les seuils de stimulation et de détection endocavitaire ont été trouvés excellents et inchangés ; enfin, le médecin relève que l'insuffisance ventriculaire gauche constatée en date du 12 juin 2014 par le Dr J.\_\_\_\_\_ s'explique par une tachycardie atriale qui a passagèrement gêné le fonctionnement de la stimulation multisite (AI doc 36 p. 3),
- un rapport médical du 29 août 2014, établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci indique que la cardiomyopathie hypokinétique sévère remonte au 4 octobre 2007 ; il relève en outre que lors d'une consultation effectuée en date du 1<sup>er</sup> août 2014, l'intéressé s'est plaint de dyspnée et de fatigabilité (AI doc 30 p. 7 s.),
- et, enfin, un rapport médical daté du 3 novembre 2014, dans lequel le Dr J.\_\_\_\_\_ constate notamment une « indiscutable amélioration, qui reste modérée de la fraction d'éjection, chez un patient qui est actuellement bien équilibré sur le plan hémodynamique, sans [hypertension artérielle pulmonaire], avec une PPC bien suivie » (AI doc 36 p. 1).

**C.c** Invité à se déterminer sur cette nouvelle demande de prestations AI, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin SMR, a indiqué, en date du 5 décembre 2014, que l'on ne pouvait conclure, dans le cas d'espèce, à une aggravation notable de l'état de santé au sens de l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), susceptible de mener à un examen de la nouvelle demande (AI doc 39).

**C.d** Dans son projet de décision du 12 décembre 2014, l'OCAS a informé l'intéressé qu'il allait prononcer un refus d'entrer en matière sur sa

demande de prestations AI, et ce dans la mesure où il n'avait pas rendu vraisemblable que sa situation s'était modifiée de manière à influencer ses droits (AI doc 40).

**C.e** Par courrier daté du 15 décembre 2014 (AI doc 41 p. 1), l'assureur-maladie a transmis à l'OCAS un nouveau rapport médical, rédigé à la demande dudit assureur par la Dresse O. \_\_\_\_\_, rhumatologue, en date du 27 novembre 2014. Ledit rapport était basé sur une consultation effectuée le 1<sup>er</sup> novembre 2014, et peut être résumé comme suit :

- la Dresse O. \_\_\_\_\_, après avoir procédé à un récapitulatif détaillé du dossier médical et de l'anamnèse de l'intéressé, constate que celui-ci souffre d'une cardiomyopathie hypokinétique sévère (en phase de maintenance) ainsi que d'un syndrome d'apnées du sommeil (en cours de rémission) ; s'agissant des limitations fonctionnelles, elle indique que le patient ne doit pas porter de charges supérieures à 5 kg, ni travailler en élévation et en traction du membre supérieur gauche ; en outre, il doit éviter de travailler à proximité de machines électroniques (celles-ci pouvant interférer avec le défibrillateur) ou de machines comportant une dangerosité physique, en raison du risque de malaise et, le cas échéant, d'un éventuel accident ; il ne peut, pour la même raison, pas conduire un véhicule professionnel ; sur cette base, la Dresse O. \_\_\_\_\_ indique que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2014 ; elle est en revanche totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à compter de cette même date (AI doc 41 p. 4 – 12).

Par le biais de ce même courrier, l'assureur-maladie a de plus transmis à l'OCAS une décision, datée du 15 décembre 2014, dans lequel l'assureur, constatant, sur la base du rapport médical précité, qu'une activité adaptée pouvait être exercée à 100%, indiquait à l'intéressé que le versement de ses indemnités journalières prendrait fin en date du 31 mars 2015 (AI doc 41 p. 2 s.).

**C.f** Par la suite, l'intéressé a encore fourni un certificat médical daté du 18 décembre 2014, dans lequel le Dr F. \_\_\_\_\_ indiquait que son patient, qui avait présenté une aggravation significative de son état de santé cardiologique depuis le 17 février 2014, n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de manutentionnaire (AI doc 42).

**C.g** Appelé une nouvelle fois à déposer ses observations sur la documentation médicale versée au dossier, le Dr N. \_\_\_\_\_ a, en date du

25 février 2015, relevé qu'aucune modification de l'état de santé de l'intéressé n'avait été constatée, à l'exception de la mise en place d'un défibrillateur. Faisant référence au rapport de la Dresse O. \_\_\_\_\_ nouvellement produit (voir *supra*, let. C.e), le médecin SMR a indiqué que compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par celle-ci, la capacité de travail totale dans une activité adaptée était restée inchangée depuis la première décision rendue le 14 janvier 2009 (AI docs 43, 45).

**C.h** Par décision du 23 mars 2015, l'OAIE, précisant avoir étudié les pièces médicales apportées par l'intéressé dans le cadre de son audition, et constatant que celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la première décision susmentionnée, a rendu une décision de non-entrée en matière à l'encontre de la nouvelle demande du 14 novembre 2014 (AI doc 48).

**D.**

Par acte déposé le 14 avril 2015 (TAF pce 1), A. \_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision du 23 mars 2015 auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal). Il a tout d'abord indiqué ne pas avoir été convié à l'audition mentionnée dans la décision du 23 mars 2015 (voir *supra*, let. C.h). Ensuite, il a souligné qu'au moment de la première décision rendue, il ne portait pas de défibrillateur implanté. Sur cette base, il a fait valoir qu'il n'était pas susceptible de trouver un emploi dans une activité adaptée requérant de ne pas devoir conduire de véhicule d'entreprise, porter des charges supérieures à 5 kg, et travailler à proximité d'un appareil électronique. Il a conclu à ce que le Tribunal de céans ordonne une nouvelle expertise médicale « correspondant à sa maladie ». Il a, enfin, joint à son recours, en plus des pièces déjà connues du dossier, les documents suivants :

- un courrier médical du Dr C. \_\_\_\_\_, adressé au Dr F. \_\_\_\_\_ et daté du 23 août 2010, dans lequel le premier cité note que l'intéressé continue d'exercer son activité habituelle ; il relève notamment que le contrôle échocardiographique montre une très légère amélioration, et que le tracé E.C.G indique un rythme sinusal à 84.bpm avec des anomalies de la repolarisation dans le territoire latéral évoquant une surcharge ventriculaire gauche ; il n'y a en revanche pas de trouble du rythme ventriculaire ni supra ventriculaire,
- un second courrier, daté du 24 novembre 2014 et issu du Groupe L. \_\_\_\_\_, dans lequel il est noté que les données ne montrent aucun signe d'insuffisance cardiaque, que le tracé basal a relevé un rythme

sinusal stable, que le défibrillateur n'a montré aucune arythmie ventriculaire et intervention anti-tachyarythmique, et, enfin, que les seuils de stimulation et de détection endocavitaire ont été trouvés excellents et inchangés.

#### **E.**

Invitée à prendre position sur le recours, l'autorité inférieure a, par courrier du 12 juin 2015 renvoyant à l'avis de l'OCAS du 8 juin 2015, conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'Office a soutenu que le recourant n'avait amené aucun élément susceptible de démontrer que son état de santé s'était aggravé, et ce dans la mesure où aucun nouveau diagnostic n'avait été posé ; l'autorité inférieure a, en ce sens, relevé que la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 100%, taux qui ne différait pas de celui retenu lors de la première décision rendue en 2009 (TAF pce 3).

#### **F.**

Par décision incidente du 30 juin 2015 (TAF pce 5), le Tribunal a invité le recourant, d'une part, à répliquer, et, d'autre part, à verser sur le compte du Tribunal un montant de CHF 400.- à titre d'avance sur les frais de procédure présumés. L'intéressé s'est acquitté du paiement dans le délai imparti (TAF pces 5, 7, 8) ; il n'a, en revanche, pas produit de réplique.

### **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<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. 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'AI (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

**1.4** En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

## **2.**

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, le recourant, ressortissant français, domicilié dans un Etat membre de la Communauté européenne, a déposé sa nouvelle demande de prestations en novembre 2014, tandis que la décision de non-entrée en matière a été rendue le 23 mars 2015 (ATF 131 V 242 consid. 2.1).

**2.1** Est dès lors applicable à la présente cause l'accord, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. 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), applicables *in casu*. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement n° 1408/71, auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012, contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1. Comme avant l'entrée en vigueur de

l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'AI suisse est déterminé 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 I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

**2.2** S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

### **3.**

**3.1** L'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état des faits jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée, comme en l'espèce, 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 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées).

Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande de rente, 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. Il s'ensuit que le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants, ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. Bien plutôt, l'assuré supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 2). Le degré de la preuve exigée

par l'art. 87 al. 2 RAI n'est toutefois pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurances sociales, et se limite au contraire à la simple vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Ainsi, des indices d'une certaine consistance (simple vraisemblance) qui militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé suffisent, même s'il subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi. Par ailleurs, la modification du degré d'invalidité peut tout autant résulter d'un changement notable de l'état de santé que d'une modification de la capacité de gain (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_244/2016 cité consid. 2.2, 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et références ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, n° 3071, 3100).

Si l'intéressé parvient à démontrer que ses allégations sont plausibles, l'administration entre alors en matière sur la nouvelle demande : elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est effectivement survenue. Le cas échéant, elle examinera s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant droit à des prestations et de statuer en conséquence.

**3.2** En cas de recours, le même devoir d'examen 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 uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 2 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007 ; voir également ATF 130 V 71 consid. 3, ATF 109 V 262 consid. 3).

#### **4.**

**4.1** En l'espèce, l'administration a prononcé une décision de non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. L'objet du litige porte donc sur le point de savoir si cette manière de procéder était conforme au droit.

**4.2** Dans ce contexte, il faut relever que l'intéressé a fait valoir ne pas avoir été auditionné suite à la communication du projet de décision du 12

décembre 2014 ; ce point du recours ne saurait être retenu. Une audition peut en effet consister tout autant en un entretien personnel, que dans la possibilité laissée à l'intéressé de faire parvenir ses observations par écrit (voir art. 73<sup>er</sup> RAI). Ainsi, et contrairement à ce que celui-ci a affirmé dans son recours, l'occasion de s'exprimer vis-à-vis du projet de décision du 12 décembre 2014 lui a été laissée, dans la mesure où il a été invité à déposer ses observations par écrit (voir *supra*, let. C.d).

## 5.

La dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, est celle du 14 janvier 2009, rendue au terme de l'examen de la première demande de prestations déposée par le recourant. C'est donc l'état de fait existant au moment du rejet de cette première demande de prestations qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision querellée du 23 mars 2015 (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006 ; voir également ATF 130 V 343 consid. 3.5).

## 6.

**6.1** Dans le cadre de la première demande, l'OCAS s'est fondé sur les avis du 8 avril et du 21 avril 2008 des Drs H. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, médecins SMR (AI docs 18, 19 p. 3). Ces derniers ont retenu comme diagnostic une cardiomyopathie hypokinétique sévère avec une fraction d'éjection de 25% ; ils ont en outre relevé que l'intéressé présentait une dyspnée d'effort. Ce diagnostic ressortait d'un avis concordant de tous les médecins qui avaient été appelés à se prononcer sur l'état de santé de l'intéressé (le Dr G. \_\_\_\_\_ relevant toutefois une fraction d'éjection se situant plutôt entre 25 et 30% [voir *supra*, let. B.b]).

**6.2** S'agissant des limitations fonctionnelles, il ressortait aussi des pièces médicales un consensus s'accordant à dire que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle à compter de la date de mise en arrêt de travail (voir *supra*, let. B.b ; voir AI docs 30 p. 12 s. ; 42).

Concernant ensuite l'exercice d'une activité adaptée, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin SMR, a retenu, en date du 21 avril 2008, que l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée légère, semi-sédentaire, avec port occasionnel - à savoir une à deux fois par jour - de charges n'excédant pas 25 kilos. Cette prise de position était conforme aux avis des autres médecins s'étant prononcé sur le sujet, à savoir celui du Dr G. \_\_\_\_\_ (AI doc 3 p. 12 s. ; voir *supra*, let. B.b), et surtout du Dr F. \_\_\_\_\_, qui, dans les rapports médicaux du 31 janvier et du 27 mars 2008, ainsi que dans sa

note du 4 avril 2008, indiquait que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (voir *supra*, let. B.b).

S'agissant en revanche du moment à compter duquel on pouvait retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr I.\_\_\_\_\_ a soutenu, dans sa prise de position du 21 avril 2008, que dite activité pouvait être exercée « depuis toujours » ; cet avis a par la suite été contredit par ceux des Dr F.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, le premier préconisant, en date du 28 mai 2008, un retour à une activité adaptée exigible dans « 3 – 6 mois », et le second, dans son rapport du 29 mai 2008, une reprise à 50% dans une activité adaptée à compter du mois de septembre 2008 (comparer *supra*, let. B.d, B.e).

L'OCAS, puis l'OAIE, se sont, dans le projet de décision du 18 novembre 2008, respectivement dans la décision du 14 janvier 2009, ralliés, pour leur part, à l'opinion émise par le médecin SMR. L'autorité inférieure a ainsi retenu, dans la décision précitée, une pleine capacité de travail « depuis toujours », dans une activité adaptée légère, semi-sédentaire, avec port de charges de 25 kg (une à deux fois par jour [voir *supra*, let. B.g]).

## 7.

**7.1** Concernant les nouveaux documents versés dans le cadre de la seconde demande de prestations enregistrée le 14 novembre 2014 (AI doc 30 p. 1), ceux-ci ne s'écartent pas des diagnostics principaux retenus lors de la première demande, à savoir, tout d'abord, une dyspnée (celle-ci étant, selon le Dr J.\_\_\_\_\_, modérée II/IV à deux étages, sans angor [voir AI doc 30 p. 10]), et, surtout, une cardiomyopathie hypokinétique sévère ; les médecins notent, de manière générale, une amélioration de la fraction d'éjection (voir AI doc 30 p. 6, p. 10 ; doc 36 p. 11).

Ces pièces font de plus état, pour la plupart, de l'implantation chez l'intéressé d'un défibrillateur multisite, dont les effets sur son affection cardiaque seront par la suite globalement considérés comme étant positifs (voir compte rendu du 24 mai 2014 [AI doc 30 p. 4], lettre du Dr K.\_\_\_\_\_ du 28 août 2014 [AI doc 36 p. 3], et, en particulier, le rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2014, retenant une « indiscutable amélioration de la fraction d'éjection » [AI doc 36 p. 1]).

Certaines pièces évoquent, enfin, la mise en place d'une PPC en raison d'un syndrome d'apnées du sommeil, et précisent que dite mise en place a bien été tolérée (voir AI doc 36 p. 1, 6).

**7.2** S'agissant des limitations fonctionnelles retenues, les médecins concernés s'accordent à dire que l'intéressé n'est pas en mesure d'exercer son activité habituelle (voir le courrier du 6 mai 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_ [AI doc 30 p. 12 s.], le rapport médical de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2014 [AI doc 41 p. 4 – 12], et le certificat médical du 18 décembre 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_ [AI doc 42]).

En ce qui a trait à l'exercice d'une activité adaptée, le rapport médical de la Dresse O. \_\_\_\_\_ retient plus précisément que l'intéressé ne doit pas porter de charges supérieures à 5 kg, ni travailler en élévation et en traction du membre supérieur gauche ; en outre, il doit éviter de travailler à proximité de machines électroniques (celles-ci pouvant interférer avec le défibrillateur) ou de machines comportant une dangerosité physique, en raison du risque de malaise et, le cas échéant, d'un éventuel accident. Sur cette base, la Dresse précitée retient que la capacité de travail est totale dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles (AI doc 41 p. 4 – 12).

**7.3** Interrogé à propos des documents médicaux précités, le Dr N. \_\_\_\_\_ (médecin SMR), indique, dans sa prise de position du 25 février 2015, qu'aucun nouveau diagnostic concernant la santé de l'intéressé n'a été posé, à l'exception de la mise en place d'un défibrillateur. Faisant référence au rapport de la Dresse O. \_\_\_\_\_ nouvellement produit (voir *supra*), le médecin SMR relève que la capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir 100%, est restée la même depuis la première décision rendue le 14 janvier 2009 (AI docs 43, 45).

**7.4** C'est sur la base de l'avis SMR du 25 février 2015 (voir *supra*) que l'OAIE a rendu sa décision de non-entrée en matière en date du 23 mars 2015, considérant que l'intéressé n'avait pas démontré que sa situation présentait une modification notable depuis la décision rendue en janvier 2009. Or cet avis ne saurait être suivi ; le Tribunal constate en effet que le rapport de la Dresse O. \_\_\_\_\_, auquel le Dr N. \_\_\_\_\_ se réfère explicitement, fait état de nouvelles limitations fonctionnelles qui n'avaient pas été retenues lors de la première décision rendue en l'année 2009, et dont au moins une, à savoir l'impossibilité de travailler à proximité de machines électroniques, découle directement de l'implantation, en 2014, du défibrillateur automatique multisite. Ainsi, ces nouvelles limitations

fonctionnelles retenues sont susceptibles de conduire à une diminution des activités adaptées à l'état de santé du recourant, et, ainsi, de modifier sa capacité de gain ; une modification déterminante de l'invalidité de l'intéressé a dès lors été rendue plausible. C'est donc à tort que l'autorité inférieure n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations, et ce en vue d'examiner si le degré d'invalidité de 14.9% (arrondi à 15%), retenu lors de la première décision du 14 janvier 2009, était resté inchangé.

**7.5** Au regard de ce qui précède, le recours est admis et la cause renvoyée à l'autorité inférieure. Celle-ci déterminera quelles activités sont adaptées aux nouvelles limitations fonctionnelles indiquées dans le rapport du 27 novembre 2014 de la Dresse O.\_\_\_\_\_, limitations qui ont ensuite été confirmées et retenues par le médecin SMR dans son avis du 25 février 2015. L'Office procèdera enfin à un calcul du degré d'invalidité du recourant tenant compte desdites limitations, avant de rendre une nouvelle décision sur le fond.

**8.**

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de CHF 400.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal de céans, étant précisé qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'OAIE (art. 63 al. 2 PA).

**9.**

Il n'est pas alloué de dépens au recourant, celui-ci ayant agi sans représentation professionnelle et n'ayant pas dû supporter des frais élevés (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]),

(dispositif page suivante)

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

**1.**

Le recours est admis et la décision du 23 mars 2015 annulée.

**2.**

L'affaire est transmise à l'OAIE afin qu'il examine la demande de prestations conformément aux considérants du présent arrêt, et rende une nouvelle décision.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 400.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :