



Cour III
C-2770/2006

{T 0/2}

Arrêt du 3 septembre 2008

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),
Francesco Parrino, Madeleine Hirsig, juges,
Valérie Humbert, greffière.

Parties

H._____,
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,
intimé,

Objet

décision sur opposition du 1^{er} mai 2006; rejet de la
demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Faits :**A.**

A.a H._____ est un ressortissant français, né en 1962, divorcé et sans enfants. Titulaire d'un CAP de cuisinier, il a travaillé à de nombreuses reprises dans l'hôtellerie en Suisse, la première fois en 1979 et la dernière fois en 1997. Le 9 septembre 2004, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) dans laquelle il indique être en arrêt maladie à 80% depuis décembre 2001 (pces 1 et 5).

A.b Dans le cadre de l'instruction de sa demande, les pièces suivantes ont notamment été versées aux actes:

- x Les formulaires E 204, E 205 et E 207, datés du 15 décembre 2004, concernant des informations relatives à l'assuré, à sa situation familiale et sa carrière en France et à l'étranger (pces 3, 4, 7 et 8);
- x Le formulaire E 210 également daté du 15 décembre 2004 portant notification d'une décision de la Caisse primaire d'assurance maladie de Z._____ du 6 août 2004 classant H._____ dans la deuxième catégorie des invalides selon le code français de sécurité sociale et lui allouant à ce titre une pension mensuelle dès octobre 2004 (pces 9 et 10);
- x Le questionnaire à l'assuré du 7 juin 2005 (pce 20);
- x Le questionnaire pour l'employeur dont les rubriques sont restées vierges mais auquel sont annexés une attestation des Assédic (institution française de mise en oeuvre de l'assurance-chômage) du 30 juin 2004 certifiant que H._____ a été indemnisé comme demandeur d'emploi du 6 janvier 2001 au 6 juin 2002 ainsi qu'un document daté du 5 juillet 2004 émanant d'un ancien employeur (cachet illisible) et qui renseigne sur le nombre d'heures et le salaire versé pour la période du 5 juin au 24 novembre 2000 (pce 23);
- x L'expertise E 213, non datée mais établie sur la base d'un examen pratiqué le 3 août 2004 par le Dr G._____ du service médical de l'institution de sécurité sociale française, lequel diagnostique un

éthylisme chronique avec névrose chronicisée, une thrombocytémie essentielle ainsi qu'un antécédent d'épilepsie actuellement quiescente. Ce médecin est d'avis que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité, qu'un travail adapté n'est pas envisageable et indique que selon la législation du pays de résidence, l'intéressé présente une incapacité totale pour l'activité exercée en dernier lieu. Il indique également qu'aucune amélioration de l'état de santé n'est possible. Il fait état d'un "psychisme très névrotique avec psychasthénie et abandonnique de façon chronicisée" (pce 25).

A.c Ces documents ont été soumis à l'appréciation du Dr L._____, médecin généraliste de l'OAIE. Dans son avis médical du 5 octobre 2005, celui-ci retient un éthylisme chronique, une névrose chronique, une thrombocytémie essentielle et une épilepsie anamnésique. En substance, le Dr L._____ remarque que l'abus d'alcool n'a entraîné aucune complication secondaire, que la névrose n'est pas documentée par un spécialiste ni traitée et que la thrombocytose essentielle est sous contrôle médicamenteux et ne provoque aucune limitation fonctionnelle. Il estime que l'assuré souffre d'addiction sans comorbidité psychiatrique, ni complication somatique secondaire et qu'aucune tentative de traitement spécifique contre son alcoolisme n'a été entreprise depuis 1995. Les conditions pour la reconnaissance d'une incapacité de travail ouvrant le droit à une rente ne sont dès lors pas remplies, l'assuré n'ayant pas non plus satisfait à son obligation de diminuer son dommage (pce 27).

A.d Par décision du 10 octobre 2005, l'OAIE a rejeté la demande de prestations motif pris qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la loi (pce 28).

B.

B.a Par acte sommaire du 26 octobre 2005, H._____ s'est opposé à cette décision. A l'appui de son opposition, il a produit les pièces suivantes:

- x Une copie d'une carte de station debout pénible délivrée le 23 novembre 2004 par la préfecture française du Bas-Rhin (pce 29);
- x Un certificat médical du 19 octobre 2005 du Dr A._____, médecin traitant de l'assuré à Z._____, lequel fait état d'un accident ischémique transitoire avec hémiparésie gauche en 1999, d'un

acrosyndrome neurovasculaire sévère et un syndrome de Raynaud ainsi que de divers antécédents (pce 30).

B.b Par décision sur opposition du 1^{er} mai 2006, l'OAIE a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 10 octobre 2005 (pce 34). L'autorité s'est fondée sur la prise de position du 24 avril 2006 de la Dresse R._____ du service médical de l'OAIE qui considère que les nouvelles pièces n'amènent pas d'élément médical nouveau et confirme la prise de position du Dr L._____.

C.

C.a Le 17 mai 2006, H._____ a interjeté recours contre cette décision devant la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidants à l'étranger (ci-après: Commission fédérale de recours) en concluant implicitement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente. Il joint à son mémoire les deux documents déjà versés au dossier lors de la procédure d'opposition devant l'OAIE ainsi que les documents suivants:

- x une copie d'un calendrier de nombreuses séances de photochimiothérapie à l'entête de la polyclinique dermatologique des hôpitaux universitaires de Z._____;
- x un certificat non daté par lequel le Dr A._____ affirme que le recourant présente un état de santé ne lui permettant pas de travailler;
- x un avis de transmission du 11 mai 2006, rédigé sur un papier à l'entête du Dr A._____ lequel adresse le recourant à un confrère (dont le nom n'apparaît pas) en récapitulant ses antécédents qui sont en substance: hémopathie, épilepsie généralisée, hypertension artérielle labile, athérome carotidien, gastrite chronique, ulcère gastrique et bulbite multi-érosive, pancréatite chronique, hépatomégalie, plaie abdominale par arme blanche en 1984, hyperlipémie avec oedème de Quincke, accident ischémique transitoire avec hémiparésie en 1999, lombalgies chroniques avec épisodes de lumbago, lasègue positif à 40°, acrosyndrome neurovasculaire sévère et syndrome de Raynaud. Le Dr A._____ indique également qu'une allogreffe de moelle osseuse est à envisager;

x un avis d'impôt sur les revenus de 2004 indiquant que le recourant n'est pas imposable.

C.b Dans sa réponse du 29 août 2006, l'autorité intimée confirme la décision entreprise et propose le rejet du recours. Elle constate que le recourant ne présente pas une incapacité de travail d'au moins 40% dans sa profession de cuisinier et relève que la dépendance à l'alcool ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. La nouvelle documentation médicale a été préalablement transmise à son service médical et dans sa prise de position du 10 août 2006, le Dr L._____ note que – d'une part et à juste titre – la signature sur le document du 11 mai 2006 ne correspond pas du tout à celle figurant habituellement sur les documents émanant du Dr A._____ et que, d'autre part, ce document reprend presque mot à mot les termes du certificat du 19 octobre 2005 et en ce sens n'amène rien de nouveau. Il relève également que le Dr A._____ n'évoque pas du tout les problèmes psychiques et l'éthylisme pourtant clairement décrits dans l'expertise E 213. Le Dr L._____ confirme ses appréciations précédentes estimant qu'il n'y a pas de troubles fonctionnelles reconnus.

C.c Invité par la Commission fédérale de recours à répliquer au vu de la détermination de l'OAIE, le recourant a maintenu ses conclusions par acte du 8 septembre 2006, annexant à son courrier les pièces suivantes:

x un certificat du 7 septembre 2006 du Dr A._____ qui présente toutes les affections dont souffre le recourant;

x une convocation du service de Chirurgie générale et endocrinienne des hôpitaux universitaires de Z._____ au sujet d'une opération (non précisée) agendée le 16 juin 2006 ainsi qu'un questionnaire de consultation d'anesthésie préopératoire;

C.d L'autorité intimée a confirmé sa position par duplique du 3 octobre 2006.

D.

Par ordonnance du 28 février 2007, le Tribunal administratif fédéral communique aux parties avoir repris la procédure avec effet au 1^{er} janvier 2007 et les informe de la composition du collège de juges appelé à statuer, laquelle est modifiée par ordonnance du 19 août 2008 et ne fut pas contestée.

Droit :**1.**

1.1 Les affaires pendantes devant les Commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les Services de recours des départements au 1^{er} janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la Loi sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).

1.2 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.4 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.

1.5 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable.

2.

2.1 L'Accord 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) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, pour autant que la même matière soit régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord – en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) – ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

2.3 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (Arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330).

Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art.

40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

2.4 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4^e révision), 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). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129), ne concernent donc pas la présente procédure. Les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.

Selon les normes en vigueur, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et 4, 28, 29 al. 1 LAI),
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si et dans quelle mesure il est invalide.

4.

4.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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.

4.2 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). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} 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 (ci-après: UE) qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'UE.

4.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). 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 teneur au 1^{er} janvier 2004 ; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

4.4 Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. 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 déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

5.

5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit 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.

5.2 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 (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), 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 (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt M. du 22 septembre 2006, I 636/06, consid. 3.2).

5.3 Le juge des assurances sociales 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).

6.

6.1 En l'espèce la décision de refus se fonde sur la position du Dr L._____ du service médical de l'OAIE, laquelle reprend un diagnostic qui n'est en soi pas contesté par le recourant. Pour l'essentiel figurent au dossier, outre l'avis précité, deux types de documentations médicales pertinentes: celle du Dr. A._____, médecin traitant du recourant et l'expertise E 213 du Dr G._____. Le diagnostic d'éthylisme chronique et de névrose chronique n'est évoqué que par le Dr G._____, dans une expertise qui bien que datant visiblement de 2005 se fonde sur un examen pratiqué en août 2004. Le Dr A._____ ne décrit ni problème psychique ni dépendance. Or, la documentation médicale établie par ses soins est datée de 2005 et de 2006. On serait donc porté à croire dans un premier temps que cette problématique s'est peut-être stabilisée, toutefois le Dr A._____ n'en fait pas état non plus dans les antécédents du patient. Il sied aussi de relever que l'OAIE avait pris soin de requérir le 30 mai 2005 la documentation médicale ayant fondé sa décision auprès de l'institution française de sécurité sociale accordant une rente de deuxième catégorie à l'assuré (autrement dit, selon l'art. L341-4 du code français de sécurité sociale consulté le 30 juillet 2008 sur le site Internet www.legifrance.gouv.fr, une rente pour les "invalides absolument incapables d'exercer une activité quelconque"). Cette demande n'a pas été suivie d'effet motif pris que selon la

réglementation en vigueur, seul le rapport E 213 doit être établi. Comme le précisait dans sa réponse du 30 juin 2008 l'institution française compétente, rien n'empêche toutefois l'autorité suisse de solliciter de l'assuré les informations médicales supplémentaires souhaitées, voire nécessaires. Ce qui ne semble pas avoir été fait.

6.2 En l'état, le tableau clinique résultant du dossier n'est pas très clair. Toutefois, on observe que les prestations AI ont avant tout été refusées en raison de l'absence de comorbidité psychiatrique liée à la dépendance alcoolique, laquelle n'est – comme il vient d'être dit – relevé que dans l'expertise E 213.

7.

7.1 D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c) La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Toutefois l'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic doit être posé lege artis – n'est pas suffisante en soi pour conclure à une invalidité du chef de la dépendance, elle doit présenter un certain degré de gravité et d'acuité pour justifier une diminution de la capacité de travail et de gain (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 et 2.3 et les références citées)

De plus, lorsqu'une indication au sujet d'une éventuelle souffrance psychique se trouve dans le dossier, une investigation psychiatrique est nécessaire afin de clarifier la situation et de définir clairement l'état de santé de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 260/00 du 29 novembre 2000 consid. 3a).

7.2 En l'espèce, aucun diagnostic se référant une classification connue n'a été établi par un spécialiste au sujet des troubles psychiques que ceux-ci soient induits ou indépendants du problème

éthérique évoqué par le Dr G._____. Le Dr L._____ ne s'y est point trompé puisqu'il en fait lui-même la remarque dans sa prise de position du 5 octobre 2005, ce qui ne l'empêche pas de retenir tout de même une névrose chronique dans son diagnostic et d'exclure sans plus d'explication une comorbidité psychiatrique alors qu'il n'est lui-même pas titulaire d'une spécialisation dans le domaine de la santé mentale.

Il faut encore relever que tant le Dr G._____ que le Dr A._____, qui ont tous les deux examiné le patient et consulté la totalité du dossier médical, affirment que le recourant ne peut plus travailler dans une quelconque profession. Si les motifs qui les conduisent à défendre une limitation totale de la capacité de travail ne sont pas définis avec rigueur (l'un pour des raisons mentales, l'autre somatiques ?), il revenait à l'autorité de demander des précisions à ce sujet, voire de diligenter une expertise pluridisciplinaire.

Les éléments anamnestiques recueillis ne sont pas suffisants pour déterminer la chronologie et l'étiologie de l'alcoolisme. Aussi, en l'absence d'une expertise complète (avec un volet psychiatrique), il n'est pas possible de savoir si le recourant souffre d'un trouble psychique, si l'alcoolisme est sévère, s'il est secondaire à une pathologie antérieure et cas échéant quels sont les effets combinés des deux pathologies.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède force est de constater que la Cour de céans ne peut pas suivre l'autorité intimée faute d'un dossier suffisamment instruit lui permettant avec une vraisemblance prépondérante de déterminer l'état de santé du recourant et sa capacité de travail résiduelle.

8.2 Il se justifie donc d'admettre partiellement le recours dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité intimée afin qu'elle complète le dossier en faisant procéder à une expertise pluridisciplinaire incluant un volet psychiatrique.

9.

Conformément aux dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005 de la LAI, il n'est pas perçu de frais de procédure, l'ancien droit s'appliquant aux recours pendants auprès de

la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI au moment de l'entrée en vigueur de la modification (let. c).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 1^{er} mai 2006 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin que celui-ci procède au sens du considérant 8 et prenne ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- 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 :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 :