



Cour III
C-2889/2012

Arrêt du 14 juin 2013

Composition

Francesco Parrino, juge unique
Pascal Montavon, 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 (décision du 1er mars 2012).

Faits :**A.**

Le ressortissant français A._____, né en 1953, a travaillé en Suisse de 1971 à 2010 comme maçon au bénéfice d'un CAP puis depuis 1974 comme grutier suite à une reconversion motivée par d'importantes allergies à diverses substances rencontrées dans les travaux de maçonnerie (pces 6 et 101). Il fut en incapacité de travail à 100% depuis le 3 mars 2008 notamment en raison de problèmes respiratoires, d'eczémas et allergies multiples sur tout le corps nouvellement exacerbées. Il déposa un formulaire de détection précoce de l'invalidité en date du 4 décembre 2008 (pce 1) auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (OAI-GE) et une demande de prestations d'invalidité auprès du dit office en date du 21 janvier 2009 pour des mesures de réadaptation professionnelle (pce 11).

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande l'OAI-GE porta notamment au dossier les documents ci-après:

- un rapport du Dr B._____, médecin d'entreprise de l'employeur de l'intéressé, du 5 octobre 2008, rapportant une absence à compter du 3 mars 2008, l'impossibilité de recevoir des renseignements du médecin traitant de l'intéressé, faisant état après 5 mois d'incapacité totale d'un eczéma des mains et des avant-bras très œdémateux et enflammé, d'aspect chronique, justifiant l'incapacité de travail (pce 38),
- un certificat médical du Dr C._____, dermatologue, du 16 janvier 2009, indiquant que l'intéressé a souffert d'eczéma apparu à l'âge de 25 ans, que le diagnostic de psoriasis avait été posé en avril 1993 à la suite d'une biopsie, qu'il n'était plus suivi depuis 15 ans (pce 17),
- un questionnaire à l'employeur daté du 10 février 2009 faisant état d'un emploi à plein temps depuis le 1^{er} juillet 1998 avec dernier jour ouvré le 2 mars 2008, la non-possibilité d'un changement de poste à l'interne (pce 22),
- un rapport médical du 10 mars 2009 du Dr D._____, dermatologue, notant un eczéma chronique depuis 37 ans et un pronostic d'incapacité de travailler (pce 30),
- une note interne de l'OAI-GE datée du 18 mars 2009, suite à un entretien avec l'assuré (cf. pce 34), mettant un terme au mandat d'inter-

vention précoce, l'intéressé estimant être dans l'incapacité de suivre quelque mesure que ce soit (pce 33), suivie d'une communication à l'assurée du 22 juin suivant l'informant que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées (cf. pce 57),

- un rapport médical du Dr E._____, médecin traitant, daté du 25 avril 2009, faisant état d'un important eczéma de contact des mains et généralisé, d'asthme, d'aggravation des allergies, d'apparition d'un syndrome dépressif, d'un pronostic indéterminé, d'une incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée (pce 46),
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique (Dresse F._____) et dermatologique (Dr G._____) à l'adresse de l'assurance-maladie perte de gain du 7 septembre 2009 des Drs H._____ et I._____, rapportant un eczéma depuis l'âge de 25 ans devenu chronique depuis 2 ans et réparti sur tout le corps, des tests allergologiques positifs en 1996 et 2008 montrant une réactivité importante aux chrome, cobalt, résine époxy, parfum, lactones sesquiterpéniques, nickel, mercure et sorbitanes, notant une non-réadaptation professionnelle possible selon l'assuré ayant envisagé une retraite à 60 ans, indiquant des lésions eczématiformes devenues quasi permanentes aux mains et se généralisant depuis 3-4 ans, indiquant les plaintes d'eczéma ne pouvant plus être maîtrisé depuis une année avec en permanence des œdèmes au niveau des mains, des fissures, des douleurs, un prurit généralisé sur tout le corps, des plaques d'eczéma, souffrir d'asthme, notant la constatation à l'examen clinique que l'intéressé a le corps couvert d'eczéma, de plaques érythémateuses confluentes, prurigineuses avec des croûtes au niveau des mains et des pieds, de fissures au niveau de la paume des mains, indiquant un status locomoteur et neurologique sans particularité, retenant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'eczéma chronique dans le cadre d'une dermite de contact allergique avec polysensibilisation (CIM-10: L23.0) et, sans répercussion sur la capacité de travail, les atteintes, notamment, d'anxiété généralisée, de broncho-pneumopathie chronique obstructive, de syndrome d'apnée du sommeil, relevant que même étant à domicile les lésions de l'intéressé étaient restées très étendues et importantes en raison des polyallergies faisant suspecter une dermatite atopique et non seulement de contact et laissant présager un mauvais pronostic même avec l'emploi d'un traitement plus incisif, préconisant un séjour en milieu universitaire permettant de faire un bilan extensif et d'introduire un traitement immunomodulateur, sous réserve de contre-indications

majeures, et une instruction qui auront des chances d'améliorer les lésions de l'assuré lesquelles étaient sous-traitées, la thérapeutique suivie depuis plus de 2 ans n'ayant plus d'effet en raison d'une probable tachiphylaxie chez un sujet se présentant le jour de l'examen avec une ceinture et des souliers en cuir, matériaux contenant certainement de bonnes quantités de chrome, relevant sur le plan psychiatrique le diagnostic d'anxiété généralisée, plutôt faible à moyenne n'interférant pas avec la capacité de travail, un traitement anxyolitique à faible dose depuis environ une année, notant un status bien entouré par sa famille et de très bonnes relations avec ses voisins, pas d'élément de la lignée psychotique, pas de trouble majeur de la concentration ni de la mémoire, une thymie plutôt neutre, indiquant que l'intéressé était à l'heure actuelle inapte à travailler comme grutier ou dans tout autre métier de chantier, une réinsertion professionnelle ne pouvant être envisagée qu'avec l'amélioration des lésions, indiquant enfin qu'en raison d'une pneumopathie obstructive l'assuré ne pouvait faire des activités demandant des efforts soutenus (pce 63),

- un rapport médical intermédiaire du Dr E. _____ du 26 février 2010 faisant état d'un état stationnaire avec eczéma toujours aussi important et invalidant ne permettant pas l'usage des mains, notant nouvellement une arthrose lombaire, avec port d'une ceinture lombaire, indiquant une incapacité de travail de 100% inchangée depuis le 3 mars 2008 (pce 72),
- un rapport médical intermédiaire du Dr E. _____ du 14 juin 2010 faisant état d'un état stationnaire et depuis mi-mai, de crises importantes avec œdème du visage et poussées d'eczéma, notant des lombalgies, indiquant une incapacité de travail de 100% et la prise d'antidépresseur (pce 80),
- une requête d'expertise médicale de la Dresse J. _____, médecin SMR, datée du 21 juin 2010, relevant un état stationnaire et notant ne pas comprendre pourquoi une reprise d'activité adaptée n'est pas envisagée (pce 83),
- une expertise du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne, du 21 décembre 2010, faisant état de la documentation médicale, relevant à l'examen clinique un status taille moyenne corpulence forte (BMI 31.8), un visage pléthorique rougi avec hypertrophie des glandes parotides, un contact jovial, une peau fine atrophique sur tout le corps, des coudes sans lésion, un exanthème avec une importante

desquamation sur l'abdomen, une peau sèche, une couleur de peau violette sur le pied avec peau fine, notant l'absence d'œdème, la présence d'une lésion de type eczéma sur l'index de la main droite, indiquant un patient paraissant "nettoyé" par le traitement cortisonique récent, ne relevant pas d'adénopathie palpable, pas de souffle audible, relevant un status neurologique sans particularité, indiquant un status rhumatologique avec quelques limitations mais non notables, posant le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de dermatite atopique et dermatite de contact allergique avec polysensibilisation depuis 1975 et, sans répercussion sur la capacité de travail, notamment, de bronchopneumopathie chronique obstructive de puis 1980, de syndrome d'apnées du sommeil non appareillé, d'épaule douloureuse simple à gauche depuis 2008, de dépendance à l'alcool, d'anxiété généralisée depuis 1980, d'obésité et syndrome métabolique depuis 2004, relevant à l'appréciation du cas qu'une hospitalisation avec investigations aurait pu conduire à une éviction des allergènes et qu'un traitement immunomodulateur aurait pu être proposé avec la reprise par la suite de l'activité lucrative, relevant que si le problème avait été bien traité à la base en 2007 dès l'apparition des symptômes la reprise de travail aurait pu se faire déjà après deux mois le 1^{er} avril 2007, notant un pronostic restant bon si les mesures de bilan et de thérapie sont prises bien que des doutes quant au succès existent en raison du fait que l'intéressé est installé dans un projet de retraite anticipée, indiquant une incapacité de travail totale en l'état actuel de la maladie de la peau mais la possibilité d'une amélioration de la capacité de travail par des mesures médicales correspondant aux recommandations du rapport d'expertise dermatologique du Dr G. _____ du 7 juillet 2009, le traitement de fond de la maladie pouvant permettre une reprise de la fonction de grutier, l'exigibilité d'autres activités de substitution n'étant pas évaluée (pce 92),

- un avis médical SMR de la Dresse L. _____ daté du 17 mars 2011, validé par la Dresse J. _____, faisant état des atteintes à la santé de l'assuré, relevant une pathologie dermatologique sévère entraînant selon le status actuel une incapacité de travail totale dans toute activité mais qu'une prise en charge adéquate de l'assuré il y a trois ans aurait permis en théorie à l'assuré de reprendre une activité professionnelle, l'assuré étant censé mettre tout en œuvre pour améliorer sa capacité de travail (pce 95),
- une correspondance de l'OAI-GE au Dr E. _____ du 7 avril 2011 l'invitant à prendre connaissance des rapports d'expertise concernant

l'assuré et le rendant attentif au fait qu'un traitement dermatologique bien conduit pourrait améliorer la capacité de travail de l'assuré, l'invitant en conséquence à en discuter avec l'assuré (pce 99),

- une note interne de l'OAI-GE du 6 juin 2011 préconisant de mettre l'assuré en demeure de suivre un traitement approprié avec mention des conséquences en cas de refus de collaboration (pce 104).

C.

Par communication / mise en demeure du 6 juin 2011, l'OAI-GE informa l'assuré de son obligation de se soumettre à un traitement médical raisonnablement exigible, qu'en cas de refus de manière inexcusable de collaborer à l'instruction l'assureur pouvait refuser ses prestations, qu'en l'occurrence il était apparu du dossier qu'un traitement médical était susceptible d'améliorer sa capacité de travail, qu'en l'occurrence il lui était proposé de discuter avec son médecin traitant des modalités de mise en œuvre de la mesure et que la situation serait réexaminée dans cinq mois. La communication précisa qu'en cas de non-respect de l'obligation de collaborer une décision de refus de prestations allait être notifiée (pce 105). Par correspondance du 6 juin 2011 l'OAI-GE informa le Dr E. _____ que son patient avait été enjoint de se soumettre au traitement médical préconisé par les experts mandatés et l'invita à faire le nécessaire quant aux modalités de mise en œuvre dudit traitement (pce 106).

Par communication du 28 septembre 2011 l'assuré adressa à l'OAI-GE, "afin de réactualiser [s]on dossier", un rapport d'examen de laboratoire selon prélèvements du 23 septembre 2011 (pce 107). Suite à 3 rappels de l'OAI-GE le Dr E. _____ communiqua en date du 23 novembre 2011 un rapport médical intermédiaire faisant état d'un état de santé stationnaire, sans changement de diagnostic, indiquant au titre des mesures thérapeutiques "toujours les mêmes traitements", ne s'exprimant pas sur la capacité de travail de l'intéressé (pce 111).

D.

Par projet de décision du 9 janvier 2012 l'OAI-GE informa l'intéressé qu'il appartient aux assurés de faciliter toutes les mesures prises en vue d'une réadaptation professionnelle et que, si celles-ci sont entravées ou empêchées, les prestations de l'assurance-invalidité peuvent être suspendues ou refusées, qu'en l'occurrence son attention avait été attirée sur les conséquences d'un non-respect de collaboration à sa réadaptation par le suivi d'un traitement médical adéquat et qu'il était apparu que les recom-

mandations données n'avaient pas été suivies ce qui entraînait un rejet des prestations (pce 113).

Par décision du 1^{er} mars 2012 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) rejeta la demande de prestations pour les motifs invoqués dans le projet de décision, il y joignit des moyens de droit invitant l'assuré à interjeter recours, cas échéant, auprès de la Chambre des assurances sociales à Genève (pce 115).

E.

Contre cette décision, l'intéressé interjeta recours en date du 12 mars 2012, lequel fut transmis au Tribunal de céans en date du 24 mai suivant ensuite d'un arrêt du 28 mars 2012 de la Cour de justice de Genève ayant décliné sa compétence. Il fit valoir avoir bien suivi les traitements préconisés par le Dr E._____ et indiqua mettre en doute la valeur de l'expertise du Dr K._____ du fait que des prélèvements sanguins avaient été effectués un matin où il n'était pas à jeun. Il conclut à la reconsidération de la décision car il lui serait difficile de reprendre son métier après un arrêt sur décision médicale depuis quatre ans (pce TAF 1).

F.

L'OAIE conclut en date du 11 juillet 2012 au rejet du recours faisant sien-ne la détermination de l'OAI-GE du 3 juillet 2012 fondée sur la prise de position du 25 juin 2012 des Drs L._____ et J._____ du SMR. L'OAI-GE fit valoir que les assurés ont l'obligation de réduire leur dommage, de faire ce qui est en leur pouvoir et que l'on peut raisonnablement exiger d'eux pour améliorer leur capacité de gain, qu'ils sont notamment tenus de se soumettre à un traitement médical raisonnablement exigible propre à améliorer leur capacité de gain. Il indiqua que l'assurance-invalidité peut enjoindre les assurés à se conformer à cette obligation en la forme d'une communication sans indication de voie de droit assortie d'un délai de réflexion convenable mentionnant les conséquences si la personne ne se soumet pas aux injonctions. Il releva qu'en l'espèce le rapport du 7 septembre 2009 avait conclu à ce que l'assuré fasse un court séjour en milieu universitaire afin qu'il puisse être établi un bilan extensif et introduit un traitement et une instruction qui auront des chances d'améliorer les lésions cutanées, qu'il était en effet apparu du rapport du Dr G._____ du 7 juillet 2009 que l'assuré était sous-traité, la thérapeutique suivie depuis plus de 2 ans n'ayant plus d'effet en raison d'une probable tachyphylaxie, et mal instruit ayant été constaté le port de souliers et d'une ceinture en cuir, matériaux contenant de bonnes quantités de chrome. L'OAI-GE sou-ligna que de 2007 à 2010 l'assuré n'avait pas été spécifiquement traité,

avait poursuivi l'exposition aux allergènes, avait évité d'être suivi par des spécialistes s'en remettant à son médecin traitant. Il indiqua avoir mis en demeure l'assuré de se soumettre dans un délai de 5 mois à un traitement médicalement exigible par communication du 6 juin 2011, que par courrier du 28 septembre l'assuré avait fait parvenir à l'administration des résultats d'analyses sanguines et que son médecin traitant avait communiqué que le traitement suivi était resté identique, ce qui avait motivé le refus de prestations. En réponse aux griefs du recourant, l'OAI-GE indiqua que ce dernier n'opposait aucun motif valable pour remettre en cause l'appréciation du Dr K. _____ confirmant celle du Dr G. _____ ni aucun motif valable pour ne pas se soumettre au traitement préconisé parfaitement exigible de l'avis de nombreux médecins et qui pourrait entraîner une amélioration importante de l'affection et implicitement de la capacité de gain dans l'ancienne activité de grutier, d'où le bien-fondé de la décision rendue. Dans leur rapport médical joint les Drs L. _____ et J. _____ soulignèrent que les résultats d'analyses sanguines n'avaient pas été altérés par le fait que l'intéressé n'ait pas été à jeun lors des prélèvements compte tenu des valeurs contrôlées pouvant être appréciées en relation à un status à jeun ou non (pce TAF 3).

La réponse au recours de l'OAIE fut communiquée au recourant pour réplique par ordonnance du 19 juillet 2012 qui lui fut notifiée le 26 juillet suivant (pces TAF 4 s.). Il n'y donna pas suite.

G.

Par décision du 26 septembre 2012 le Tribunal de céans requit du recourant une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 6-8).

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif 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 autrement. 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) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), 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 S'agissant de la motivation du recours, il convient de préciser ce qui suit. Le recours ne contenait pas de motivation précise en relation avec la décision de rejet de prestations en raison du fait que l'assuré ne s'était pas conformé à son obligation de se soumettre à la thérapie préconisée par l'assurance-invalidité. On peut toutefois en déduire la volonté d'obtenir la modification de la décision litigieuse dans le sens de l'obtention de prestations de l'AI au motif de son invalidité et que sa non-compliance au traitement enjoint ne serait pas déterminante. En effet, selon une jurisprudence développée sous le régime de l'ancien art. 85 al. 2 let. b de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10; cf. ATF 116 V 353 consid. 2b) puis étendue à toutes les assurances sociales (RAMA 1994 n° U 192 p. 150 consid. 4c), le juge saisi d'un recours dans ces matières ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu d'un acte de recours. Partant, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

1.5 En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), selon lequel l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, l'OAI-GE a enregistré et instruit la demande dont la décision, notifiée par l'OAI-GE conformément à la disposition précitée, a été déférée devant le Tribunal de céans.

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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

2.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier 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 (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

2.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs

survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. L'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

2.4 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, dans la mesure où la même matière est 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.

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables.

4.

L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAIE a par décision du 3 avril 2012 rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'intéressé, eu égard à son incapacité de travail depuis le 3 mars 2008, en raison du fait qu'il ne s'est pas conformé à son obligation de diminuer son dommage en ne se soumettant pas aux mesures thérapeutiques préconisées par l'assurance-invalidité.

5.

5.1 Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adres-

sée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Cette disposition est spécifiée en matière d'assurance-invalidité aux art. 7 à 7b LAI. L'art. 7 al. 1 LAI énonce que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGa) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGa). Selon l'al. 2 l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). La disposition indique en particulier sous lettre d les traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10; l'art. 25 énumère les prestations générales en cas de maladie). Aux termes de l'art. 7a LAI est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé. Enfin l'art. 7b al. 1 LAI indique au titre des sanctions que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGa [procédure de mise en demeure] si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI (...) ou selon l'al. 2 sans mise en demeure et sans délai de réflexion dans d'autres hypothèses non topiques dans la présente cause.

Ces dispositions en vigueur depuis la 5^{ème} révision de la LAI concrétisent la jurisprudence rendue auparavant relativement au principe de la réadaptation par soi-même qui est l'expression de l'obligation pour l'assuré de faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les effets de son invalidité (ATF 113 V 22 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) et de l'assurance-invalidité (LAI), Zurich 2011 n° 1254). La mesure de ce qui est raisonnable s'apprécie au regard de l'ensemble des circonstances objectives (marché du travail, durée prévisible des rapports de travail) et subjectives (situation personnelle de l'assuré) du cas concret (cf. l'arrêt cité 9C_236/2009 consid. 4.1).

5.2 Dans le cadre de son devoir de réduire le dommage, une obligation importante de l'assuré, si ce n'est la première, est qu'il ait recours à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé (VALTERIO, op. cit., n° 1256; ATF 127 V 294 consid. 4b/cc). Le refus de suivre un traitement approprié ne peut être constitutif

d'une violation des obligations de l'assuré que si toutes les informations utiles ont été communiquées à l'assuré par son médecin traitant (ATF 134 V 189 consid. 4). S'agissant d'investigations à effectuer en vue de suivre éventuellement une thérapie s'il s'avère qu'une ou l'autre thérapie pourrait être bénéfique, le fait de ne pas se soumettre sans motif médicaux à l'examen précité constitue indubitablement une violation de se soumettre à l'obligation de tout faire de raisonnablement exigible pour diminuer le dommage vu qu'en cette occurrence l'examen n'est pas en soi le traitement à suivre. Ce n'est que si l'examen est en soi risqué que la question de sa renonciation peut être discutée.

6.

6.1 En l'espèce le Dr G. _____, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire qui a fait l'objet du rapport du 7 septembre 2009, avait préconisé un séjour en milieu universitaire permettant de faire un bilan extensif et d'introduire un traitement immunomodulateur, sous réserve de contre-indications majeures, et une instruction quant aux modes d'évitement des allergènes, ceci selon l'expert avec de réelles chances d'améliorer les lésions de l'assuré apparu à ses yeux sous-traité, la thérapeutique suivie depuis plus de 2 ans n'ayant plus eu selon lui d'effets en raison d'une probable tachyphylaxie. Cette appréciation a été confirmée par le Dr K. _____ dans son expertise du 21 décembre 2010 qui a relevé que si l'intéressé avait été correctement suivi sur le plan dermatologique en 2007, dès l'apparition des symptômes, la reprise de travail aurait pu se faire déjà après 2 mois le 1^{er} avril 2007. Il indiqua qu'en l'occurrence un pronostic favorable était toujours d'actualité si des mesures de bilan et de thérapie étaient prises, telles les mesures médicales préconisées par le Dr G. _____, car un traitement de fond de la maladie pourrait permettre la reprise de la fonction de grutier avec un haut degré de vraisemblance.

6.2 Sur la base de ces données et recommandations médicales l'OAI-GE mit en demeure l'intéressé en date du 6 juin 2011 de se conformer au suivi de mesures médicales telles que proposées par le Dr G. _____ et adressa dans ce sens également le 6 juin 2011 une correspondance à son médecin traitant le Dr E. _____. La mise en demeure à l'adresse de l'assuré établie conformément à l'art. 21 al. 4 LPGa fit état des conséquences juridiques d'une non-compliance au suivi médical préconisé et impartit un délai de 5 mois pour y procéder. Il s'ensuit des modalités précitées que l'OAI-GE a enjoint en bonne et due forme l'assuré de procéder aux mesures médicales qui pourraient alléger les conséquences de son invalidité. En n'ayant pas donné favorablement suite à l'injonction de

l'OAI-GE, vu la réponse du 23 novembre 2011 fournie par son médecin traitant selon laquelle son traitement médical n'avait pas changé, l'assuré a violé l'art. 21 al. 4 LPGa lequel impose aux assurés de participer spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé d'eux, notamment à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Il sied ici de préciser que le suivi médical préconisé n'était en l'occurrence en un premier temps pas un traitement mais un examen permettant de définir un traitement et une instruction. Ladite renonciation au suivi médical préconisé est d'autant plus contraire à l'obligation de l'assuré et c'est dès lors à bon droit que l'OAIE a rendu une décision de rejet de prestations d'assurance-invalidité.

6.3 Une sanction n'est en principe pas applicable aussi longtemps qu'une mesure concrète n'a pas été ordonnée (VALTERIO, op. cit., n° 1270). En d'autres termes, la sommation du 6 juin 2011 ne peut avoir des effets que dans le futur. Il se pose donc la question de savoir si l'intéressé pouvait avoir droit à des prestations pour la période jusqu'à cette date. Si on devait répondre affirmativement à cette question, il faudrait renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle examine le droit aux prestations pour cette période. Or, en l'espèce, tel n'est pas le cas car l'intéressé s'est soustrait à toute thérapie depuis son arrêt du travail en violation de son obligation générale de réduire le dommage dû à son invalidité. Il est donc responsable de son incapacité de travail. Partant, malgré son incapacité de travail dans sa profession de grutier, il ne serait pas équitable de lui allouer une prestation de l'assurance-invalidité pour la période antérieure à la sommation.

7.

7.1 Le recourant n'apporte pas non plus d'éléments pour mettre en discussion le bien-fondé de la décision de l'autorité inférieure. Son recours étant manifestement infondé, la présente procédure peut être liquidée par un juge unique (art. 85^{bis} al. 3 LAVS auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI).

7.2 Vue l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400.- francs.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

7.3 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 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 rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400.- francs sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais déjà fournie.

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 (n° de réf. _ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le juge unique :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

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 fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :