



Cour III
C-4766/2011

Arrêt du 16 juillet 2013

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Beat Weber et Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Frédéric Hainard,
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 8 juillet 2011).

Faits :**A.**

Le recourant A._____ est un ressortissant suisse né le (...) 1949 dont le mariage a été officiellement dissous le (...) 2010 (pces 15 p. 1; 36). Ayant exercé la profession de commerçant (...) pendant de nombreuses années, selon ses dires jusqu'en 2007 (sur les incertitudes sur ce point cf. infra consid. 6.3.2), il quitte la Suisse en 2004, date à laquelle il se sépare de sa femme et part vivre en Allemagne dans le ménage de sa compagne (pces TAF 1 p. 3 s.; TAF 4 p. 4; pce 1 p. 1 n° 2.8). Souffrant principalement d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (ci-après: MPOC) avec emphysème et d'ostéoporose, les institutions de sécurité sociale allemande, par décision du 4 octobre 2010, lui reconnaissent le statut d'invalidité grave avec un taux d'empêchement de 80% (pce 48). Par la suite, elles le mettront également au bénéfice d'une rente dès (...) 2010 en relevant qu'il a versé des cotisations en Allemagne de 1964 à 1968 (décision du 10 mars 2011 [pce 37 p. 1 et 11]). Le 7 octobre 2010, l'assuré dépose une demande de rente d'invalidité auprès des organes de l'assurance invalidité suisse par l'intermédiaire de l'office de liaison allemand (pce 1 p. 6 n° 14.1).

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment un questionnaire à l'assuré du 14 février 2011 (pce 20), un questionnaire pour assuré travaillant dans le ménage du 14 février 2011 (pce 19) et des rapports médicaux des 10 mai 2010 (pce 29), 1^{er} juin 2010 (pce 30 p. 1-4), 5 juin 2010 (pce 31 p. 4), 2 juillet 2010 (pce 31 p. 1), 21 juillet 2010 (pce 32), 22 juillet 2010 (pce 28 p. 2), 20 novembre 2010 (pce 34 p. 2 ss [rapport d'expertise]), 30 novembre 2010 (pce 33) et 2 février 2011 (pce 35). Dans le rapport d'expertise précité du 20 novembre 2010, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne, pose les diagnostics de MPOC de degré III, d'hypertonie pulmonaire et d'ostéoporose secondaire (pce 34 p. 6). Selon lui, le temps de travail encore exigible dans l'activité habituelle est inférieure à 3 heures par jour et une activité de substitution légère accomplie principalement en position assise serait exigible de sa part sur le marché du travail à raison de 4 heures par jour, en particulier après l'éventuelle mise en œuvre d'une mesure de réhabilitation stationnaire (pce 34 p. 5, 6 et 7). Appelé à se prononcer sur la documentation médicale produite, le service médical de l'OAIE reprend les diagnostics posés par le Dr B._____ et conclut à une invalidité de l'assuré de 10%

dans l'accomplissement des travaux ménagers (prise de position du 10 avril 2011 [pce 40]).

C.

Après avoir informé l'assuré de son intention de rejeter le recours (cf. projet de décision du 4 mai 2011 [pce 42]) et pris acte des objections y relatives (cf. écriture de l'intéressé du 8 juin 2011 [pce 50]), l'autorité inférieure rejette la demande de prestations par décision du 8 juillet 2011 (pce 51). Selon elle, il convient d'appliquer la méthode spécifique en l'espèce pour déterminer le taux d'invalidité dès lors que l'assuré ne travaille plus depuis 2007 et qu'il indique être homme au foyer; cela étant, il ressort de l'évaluation de son service médical que le taux d'invalidité dans l'accomplissement des travaux ménagers se monte à 10%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

D.

Par acte du 29 août 2011 (pce TAF 1), l'intéressé défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire.

E.

Appelées à se déterminer au cours de l'échange d'écriture ultérieur, les parties réitérent leurs conclusions antérieures (cf. préavis du 13 décembre 2011 [pce TAF 7], réplique du 1^{er} février 2012 [pce TAF 9], duplique du 3 avril 2012 [pce TAF 16], 2^{ème} réplique du 18 juin 2012 [pce TAF 21], 2^{ème} duplique du 2 août 2012 [pce TAF 12] et 3^{ème} réplique du 30 août 2012 [pce TAF 25]). Des nouveaux certificats médicaux des 16 août 2011 (pce TAF 1, annexe 3), 10 septembre 2011 (pce TAF 1, annexe 2), 5 décembre 2011 (pce 53 [rapport du service médical de l'OAIE]), 18 janvier 2012 (pce TAF 9, annexe 1), 15 février 2012 (pce TAF 11), 3 mars 2012 (pce 55 [rapport du service médical de l'OAIE]), 4 mai 2012 (pce TAF 21, annexe 5), 18 mai 2012 (pce TAF 21, annexe 3), 29 mai 2012 (pce TAF 21, annexe 4), 4 juin 2012 (pce TAF 21, annexe 1), 5 juin 2012 (pce TAF 21, annexe 2) et 15 juillet 2012 (pce 57 [rapport du service médical de l'OAIE]) ont été produits en cours de procédure.

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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

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

2.

2.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

2.2 En ce qui concerne le droit international, il sied de relever que le requérant est citoyen Suisse domicilié dans un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, on note que 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. A cette date sont ainsi également entrés en vigueur, le règle-

ment (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 ainsi que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71. Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont en principe soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, étant relevé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72). On précisera que les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 – qui au demeurant n'ont pas apporté de modifications par rapports aux principes précités – sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012, soit à une date postérieure à la décision entreprise. Ils ne trouvent donc pas application dans la présente affaire.

2.3 Au niveau du droit interne, on observe que le recourant a déposé sa demande de prestations le 7 octobre 2010 et que l'administration s'est prononcée sur la requête par décision du 8 juillet 2011. Le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (cf. ATF 138 V 475, notamment consid. 3.4). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision (1^{er} volet) valables dès le 1^{er} janvier 2012.

2.4 En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 7 avril 2011 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 8 juillet 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b), étant précisé que selon le médecin des institutions de sécurité sociale allemande, l'incapacité de travail du recourant paraît avoir déboutée au plus tard en juillet 2010 (pce 33 [cf. aussi rapport du médecin de l'OAIE du 10 avril 2011 p. 2]). Cela étant, il est tout à fait possible qu'à

la date de la décision attaquée le recourant remplissait aussi les conditions de l'art. 28 LAI.

3.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (pces 6).

4.

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. Par ailleurs, l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI 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% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5.

En l'espèce, le recourant fait valoir que l'administration n'a pas suffisamment instruit la cause autant en rapport avec la question de son statut et qu'en ce qui concerne sa capacité à accomplir les travaux ménagers. Pour cette raison, ses conclusions se limitent à requérir l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire.

6.

Pour ce qui est de la question du statut de l'assuré, le Tribunal de céans prend position comme suit.

6.1 Comme on l'a vu, un assuré a droit à une rente s'il est invalide à quarante pour cent au moins (cf. supra consid. 4). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

6.1.1 Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa [RS 830.1]) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus.

6.1.2 Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGa et 27 RAI [RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI).

6.1.3 Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le de-

gré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI).

6.2 Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative, étant relevé que la décision de l'assuré ne doit pas forcément être la plus raisonnable du point d'un point objectif. Cette évaluation doit ainsi prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs. Plus précisément, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; arrêts du Tribunal fédéral 9C_62/2011 du 16 août 2011 consid. 4.1 et 8C_889/2011 du 30 mars 2012 consid. 3.2.1).

Sur cette base, le Tribunal fédéral a notamment retenu que la situation concrète vécue par l'intéressé durant une longue période avant l'atteinte à la santé constituait un indice de poids pour déterminer son statut hypothétique sans invalidité (cf. parmi d'autres arrêts du Tribunal fédéral 9C_150/2012 du 30 août 2012 consid. 3.3; 9C_112/2012 du 19 novembre 2012 consid. 3.1; 8C_889/2011 du 30 mars 2012 consid. 3.2; 9C_342/2012 du 28 juin 2012 consid. 2.1). Toutefois cette règle ne saurait s'appliquer de manière schématique et il sied de procéder dans chaque procédure à un examen approfondi des circonstances inhérentes au cas concret. Par exemple, le seul fait qu'un assuré n'a pas travaillé pendant une certaine période ne suffit pas forcément pour conclure qu'il entendait se contenter d'un statut de personne au foyer. Tel est le cas si la situation en cause n'est pas volontaire mais résulte de circonstances économiques

telles que le chômage, ce à quoi il convient de tenir compte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 3; voir aussi BGE 137 V 334 consid. 3.4). Ensuite, il se peut que l'on puisse déduire d'une modification ultérieure de l'état des faits un changement hypothétique du statut de l'assuré par exemple lorsque sa situation financière s'est péjorée et qu'il paraît très vraisemblable que sans invalidité celui-ci aurait augmenté son taux de travail ou repris l'exercice d'une activité lucrative en réaction à ce changement (cf. parmi d'autres arrêts du Tribunal fédéral 9C_292/2012 du 7 août 2012 consid. 2.1; 9C_62/2011 du 16 août 2011 consid. 4.4).

6.3 Sur le vu de ces précédents, force est de constater que l'administration n'a pas récolté toutes les informations utiles pour juger valablement du statut de l'assuré dans la période déterminante comme le soulève à juste titre le recourant (cf. notamment la réplique du 1^{er} février 2012 [pce TAF 9 p. 3 s.]).

6.3.1 En effet, il ressort du dossier que dans les (...) années précédent 2004 l'assuré a obtenu des salaires variant entre Fr. (...) - et Fr. (...) - en tant que représentant de commerce à son compte dans le domaine de (...) (cf. compte individuel du 15 novembre 2011 [pce 6 p. 4-5]; feuille ACOR [pce 15 p. 4]). Compte tenu de ces rémunérations relativement élevées, on peut donc en inférer que jusqu'à ce moment-là, il exerçait une activité lucrative à plein temps.

6.3.2 Les données économiques dès 2004 sont cependant beaucoup moins claires. Dans son mémoire de recours du 29 août 2011 (pce TAF 1 p. 3), le recourant indique avoir déménagé en Allemagne en 2004 tout en poursuivant son activité lucrative et avoir cotisé dès lors dans ce pays jusqu'en 2007 (en ce sens également pces 1 p. 9 n° 3; 27 p. 1; pce TAF 4 p. 4; 34 p. 4; voir toutefois pces 11 p. 1 n° 3 et 23 où le recourant semble indiquer avoir vécu en Suisse jusqu'en 2007). Or, les documents fournis par les autorités allemandes ne font pas part d'un déménagement en Allemagne de l'assuré dès 2004 ni du versement de cotisations entre 2004 et 2007 (cf. formulaire E 205 du 23 novembre 2010 mentionnant que des cotisations ont été versées de 1964 à 1968 aux assurances sociales allemandes [pce 3 p. 2]; décision des institutions de sécurité sociale allemande du 10 mars 2011 contenant les mêmes informations [pce 37 p. 11]). Par ailleurs, l'assuré lui-même, lors d'une conversation téléphonique avec l'OAIE du 24 janvier 2011 (pce 12) semble avoir mentionné qu'il a cotisé en Allemagne uniquement pour la période courant de 1964 à 1968. En parallèle, on observe que selon la feuille ACOR établie par la Caisse

suisse de compensation l'intéressé aurait été domicilié en Suisse jusqu'en septembre 2007 et que — hormis un salaire brut de Fr. (...) - pour 2004 — aucune autre inscription résultant d'un salaire lié à une activité lucrative n'ait été portée sur son compte individuel pendant la période courant de 2004 à 2007 (pces 15 p. 4 et 6 p. 5). Il s'ensuit que les pièces versées aux actes ne permettent pas de confirmer que l'assuré a effectivement poursuivi son activité lucrative de 2004 à 2007 (que ce soit en Suisse ou en Allemagne) comme il le prétend. En l'état du dossier et notamment sur le vu des autres lacunes exposées ci-après, des informations précises en la matière s'avèrent toutefois indispensables pour pouvoir procéder à une appréciation globale de la situation du recourant comme le requiert la jurisprudence.

6.3.3 Pour la période ultérieure (2007 jusqu'au prononcé de l'acte attaqué), le recourant prétend par ailleurs s'être occupé exclusivement du ménage qu'il partage avec sa concubine (pce TAF 1 p. 4, 1^{er} paragraphe). Les raisons qui l'ont amené à un tel statut ne ressortent cependant pas de façon suffisamment claire du dossier. Ainsi, le rapport d'expertise du 20 novembre 2010 mentionne de façon très vague que l'assuré a cessé son activité lucrative pour des raisons privées (pce 34 p. 4; voir aussi pce 27 p. 1). Par la suite, lors d'une conversation téléphonique avec l'OAIE du 5 avril 2011 (pce 39 [note interne]), l'assuré a affirmé que des raisons médicales avaient été la cause de son arrêt du travail. Or, cette affirmation ne paraît pas de prime abord abscons dès lors que la documentation médicale fournie par les autorités allemandes ne se prononcent pas sur l'état de santé de l'assuré avant 2010. Dans le rapport d'expertise du 20 novembre 2010, il est juste indiqué que la MPOC avec emphysème a été détectée chez l'assuré il y a quatre ans environ (donc un peu près dès 2006) sans préciser à partir de quelle date un degré 3 de cette maladie a été retenu. Dans ce contexte, même si le mois de juillet 2010 est mentionné comme début du versement de la rente d'invalidité en Allemagne, cela ne paraît pas reposer sur des constatations médicales approfondies. On note également que, par la suite, le recourant a toujours souligné avoir dû cesser son activité lucrative pour des raisons économiques et non par choix (cf. pce TAF 1 p. 5, 3^{ème} paragraphe; TAF 9 p. 4). Compte tenu de ces incertitudes et vu la présence d'indices d'une certaine importance plaidant à l'encontre d'un statut volontaire de personne au foyer (cf. aussi consid. 6.3.4 ci-après), l'administration aurait été tenue d'investiguer plus avant cette question avant de se prononcer notamment en demandant expressément à l'assuré de se déterminer quant à son statut sans invalidité (en ce sens cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_335/2012 du 17 juillet 2012 consid. 3.3). En cas de doutes quant à la réponse appor-

tée, il lui aurait alors incombé de recueillir les moyens de preuves qui s'imposaient (par exemple en invitant l'intéressé à produire de la documentation médicale démontrant une incapacité de travail antérieure à 2010 ou, en l'absence de maladie incapacitante, à fournir tout moyen de preuve idoine démontrant qu'il a cherché un nouvel emploi suite à l'abandon de son activité de commerçant). Dans ce contexte on précisera que, contrairement à ce que semble croire l'administration, le simple fait que le recourant ait indiqué être homme au foyer dans le questionnaire pour assuré du 14 février 2011 (pce 20 p. 3 n° 8) ne saurait en soi être déterminant puisque cette affirmation se rapporte au statut de ce moment et ne permet donc pas, en l'état du dossier, de tirer des conclusions sûres quant au statut hypothétique sans invalidité.

6.3.4 Au demeurant, il convient d'être d'autant plus prudent en l'espèce que l'assuré prétend avoir dépensé toute sa fortune en (...) et se retrouver dans une situation financière difficile (pce 12; pce TAF 4). Or, comme on l'a vu ci-avant (cf. supra consid. 6.2, 2^{ème} paragraphe, in fine), il s'agit d'une circonstance nouvelle pouvant éventuellement fonder un changement de statut. Par ailleurs, on ignore tout de la situation économique de la compagne de l'intéressé (qui est née le (...)) dans le ménage de laquelle il vit depuis 2004 (cf. supra let. A), en particulier si elle s'adonne à une activité lucrative ou non (sur la répartition des tâches ménagères lorsque les deux membres du couple ne travaillent pas par choix volontaire lors de la survenance de l'atteinte à la santé cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2011 du 27 juillet 2012 consid. 4.1) et si elle soutenait financièrement le recourant depuis 2004. Or, il s'agit aussi d'éléments d'importance qui doivent être connus avant de pouvoir se prononcer sur son statut dans la période déterminante.

6.4 Sur le vu de tout ce qui précède, il appert que la manière dont l'office intimé a déterminé le statut du recourant résulte d'une instruction qui ne répond pas aux exigences de l'art. 43 LPG (maxime inquisitoire). Pour cette raison déjà, il convient donc d'annuler la décision entreprise et de renvoyer l'affaire à l'administration pour instruction complémentaire au sens des considérants.

7.

Par ailleurs, quoiqu'en dise l'OAIE, il appert que, même si l'on devait retenir à titre hypothétique que la méthode spécifique serait applicable en l'espèce, les actes versés à la cause ne permettraient pas, en l'état, de se prononcer au niveau de preuve requis in casu.

7.1 Conformément à la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé. En rapport avec sa valeur probante, il est essentiel que le rapport d'enquête ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références citées). Si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5).

7.2 En l'occurrence, la documentation recueillie par l'administration qui porte sur la capacité de l'assuré à accomplir les travaux ménagers se limite principalement à un questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage du 14 février 2011 rédigé par le recourant (pce 19) et diverses prises de position de la Dresse C. _____ du service médical de l'OAIE (cf. rapports des 10 avril 2011 [pces 40], 5 décembre 2011 [pce 53], 3 mars 2012 [pce 55] et 15 juillet 2012 [pce 57]). En substance, ce médecin relève que l'assuré souffre principalement d'une maladie pulmonaire obstructive chronique de degré III et d'ostéoporose avec un status après fractures de 3 corps vertébraux. Selon elle, hormis des courtes périodes d'exacerbation dues à des infections ou des douleurs, le patient présente une oxygénation et une insuffisance respiratoire normales. La fonction de pompage du cœur est bonne et l'on dénote seulement une légère hypertension pulmonaire artérielle. Du point de vue médical seule une incapacité de travail de 10% pourrait donc se justifier. Pour arriver à ce résultat, elle se base sur la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité et retient les valeurs suivantes: conduite du ménage: 5% avec invalidité de 0%; alimentation: 45% avec une invalidité de 0%; entretien du logement: 10% avec une invalidité de 50%; achat: 10% avec une inva-

lidité de 20%; lessive et entretien des vêtements: 15% avec une invalidité de 20%; divers: 15% avec une invalidité de 0%.

7.3 Cela étant, force est tout d'abord de constater que l'argumentation développée par la Dresse C._____ dans ses divers rapports n'est pas sans autre convaincante. En effet, d'une part cette praticienne souligne notamment que l'assuré a lui-même indiqué pouvoir s'occuper des travaux ménagers sans aide de la part de tiers à la lettre D du questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 14 février 2011 (pce 19 p. 3), ce qui confirmerait son évaluation (cf. rapports des 10 avril 2011 [pce 40] et 15 juillet 2012 [pce 57 in fine]). On ne saurait toutefois tirer une telle conclusion de cette réponse isolée donnée par le recourant. En effet, si dans le formulaire précité, l'intéressé mentionne être en mesure de cuisiner et de faire les achats (cf. pce 19 p. 2 n° 2 et 4; voir aussi pce 20 p. 3 n° 8), il indique aussi expressément ne pas être capable de faire la lessive (pce 19 p. 2 n° 2 n° 5) ainsi que de faire les lits (pce 19 p. 2 n° 3.2) et de ne pouvoir nettoyer les sols qu'en partie (pce 19 p. 2 n° 3.1). En soi, ces affirmations ne permettent donc pas sans autre d'exclure au niveau de preuve requis un taux d'invalidité égal ou supérieur à 40% dans la présente affaire, d'autant que l'on ignore quelle était la contribution concrète de l'assuré dans les différents postes du ménage avant la survenance de l'atteinte à la santé. De même, le simple fait que l'assuré ait indiqué au Dr B._____, dans le cadre de l'expertise du 20 novembre 2010, qu'il se promène 2 à 3 heures par jour avec ses chiens (pce 34 p. 3), ne suffit pas pour exclure une incapacité de travail significative dans la tenue du ménage dès lors que l'on ignore tout des distances parcourues et de l'effort fourni par l'intéressé à cette occasion.

Ensuite, on relève que l'évaluation du service médical de l'OAIE n'est aucunement confirmée dans les autres rapports médicaux versés au dossier sans que les éléments objectifs rapportés soit suffisamment probants pour l'on puisse se forger une conviction en l'espèce. En effet, on observe que selon la documentation médicale consultée une maladie pulmonaire obstructive chronique de degré III signifie que la qualité de vie du patient est perturbée de façon notable avec un manque de souffle déjà lors d'efforts légers (cf. <http://www.copd-krankheit.de/informationen/copd-3-copd-iii/>). Il s'agit donc de limitations graves, ce qui incite à la prudence avant de dénier un taux d'invalidité significatif dans l'accomplissement des travaux ménagers. Dans ce contexte, le Dr B._____, dans un rapport d'expertise du 20 novembre 2011, indique que l'intéressé ne peut s'occuper du ménage qu'avec peine et avec l'aide d'autrui (pce 34 p. 3) et que seule une activité de substitution sur le marché du travail exercée de fa-

çon principalement assise et à raison de 4 heures par jour est exigible de la part de l'intéressé (pce 34 p. 6-7). Dans un autre rapport du 22 juillet 2010 (pce 28 p. 2), le Dr D._____ mentionne que la vie quotidienne de l'assuré est limitée avec présence de dyspnée lors d'efforts (pce 28 p. 2 n° 4). En outre, dans un rapport du 18 janvier 2012, la Dresse E._____, spécialiste en pneumologie, indique expressément ne pas pouvoir comprendre le fait que le service médical de l'OAIE ait retenu une incapacité de travail de l'assuré de 10% dans sa prise de position du 5 [recte: 6] décembre 2011 (pce TAF 9 p. 6). A cela s'ajoute le fait que le recourant est exposé à un risque de fractures permanent compte tenu de l'ostéoporose dont il fait l'objet (cf. rapport orthopédique des 1^{er} juin 2010 [pce 30 p. 1-4] et 15 février 2012 [pce TAF 11 p. 2]). Ces éléments, même s'ils sont beaucoup trop succincts pour permettre de se forger une conviction dans la présente affaire, sont de nature à jeter le doute sur le bien-fondé de l'estimation de la Dresse C._____, d'autant que cette praticienne ne dispose pas de connaissances spécialisée en pneumologie et orthopédie, qu'elle n'a pas examiné elle-même le recourant et qu'aucune enquête ménagère n'a été effectuée sur place, ni d'ailleurs une entretien avec la recourant sur la question de sa capacité résiduelle dans les travaux habituels.

8.

Compte tenu de l'ensemble des circonstances précitées, il appert que la décision entreprise repose sur une instruction insuffisante qui ne permet pas au Tribunal de céans de se prononcer au niveau de preuve requis dans la présente affaire. En application de l'art. 61 al. 1 PA, il sied donc de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comme le requière le recourant.

Celle-ci comprendra tout d'abord la détermination du statut hypothétique du recourant sans invalidité. Dans ce cadre, l'administration invitera l'assuré à se déterminer en la matière et veillera à recueillir toutes les informations utiles pour procéder à une évaluation globale de l'ensemble des circonstances dès 2004 et qui sont susceptibles de donner des indices concrets quant au statut de l'assuré (cf. supra consid. 6.2). En particulier, dans l'hypothèse où la méthode spécifique devait être retenue et qu'une enquête ménagère ne pouvait pas être diligentée, l'administration prendra garde de récolter toutes les informations nécessaires à la résolution du cas. Notamment, il conviendra de déterminer précisément l'ampleur et la nature des différentes tâches effectuées par l'assuré avant l'atteinte à la santé et de récolter des informations précises de l'intéressé quant aux limitations physiques subséquentes.

Une fois ces informations récoltées, l'administration examinera si les actes versés à la cause permettent de se prononcer au niveau de la vraisemblance prépondérante en l'espèce. Si tel n'est pas le cas — ce qui en l'état du dossier paraît vraisemblable (cf. supra consid. 7) —, l'OAIE mettra en œuvre une expertise pluridisciplinaire faisant pour le moins appel à un expert en pneumologie et orthopédie, étant précisé que, en cas d'application de la méthode spécifique, les spécialistes mandatés devront aussi se prononcer sur les limitations fonctionnelles du recourant en rapport avec l'accomplissement des différents travaux ménagers. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

9.

9.1 Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

9.2 Il convient d'allouer au mandataire du recourant une indemnité globale de dépens de Fr. 2'800.-- (cf. art. 64 al. 1 PA, en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2 selon lequel la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque celle-ci est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire). En l'absence de note de frais, le montant des dépens est fixé en tenant compte de l'ensemble des circonstances, notamment de l'ampleur du travail requis et des difficultés juridiques inhérentes à la présente affaire.

9.3 Eu égard à ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire complète (cf pce TAF 4) est devenue sans objet.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 8 juillet 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et prise d'une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

La demande d'assistance judiciaire formulée dans le recours est devenue sans objet.

5.

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss 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 (art. 42 LTF).

Expédition :