



Arrêt du 29 avril 2021

Composition

Pietro Angeli-Busi (président du collège),
Caroline Gehring, Viktoria Helfenstein, juges,
Yann Grandjean, greffier.

Parties

A. _____, (Espagne),
représenté par APAS Association pour la permanence de
défense des patients et des assurés,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande de rente (décision
du 25 juin 2018).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité espagnole, domicilié en Espagne, est né le (...) 1958. Il a travaillé en Suisse, notamment comme jardinier indépendant, et a cotisé l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) de 1976 à 1994, et durant différentes périodes entre 1996 et 2008, pour un total reconnu de 167 mois. Il a cessé de travailler comme salarié dès le 17 février 2007 (pces du dossier AI 11, 12 et 46 ; voir aussi pce TAF 6, annexe).

A.b Par décision du 25 août 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE (ci-après : l'autorité inférieure), précédée d'un projet de décision du 28 avril 2016, a rejeté une demande de prestations d'invalidité déposée par l'assuré le 13 octobre 2015 par l'intermédiaire de l'organisme de liaison et enregistrée le 25 novembre 2015 (pces 12 et 13, 49 et 55). L'autorité inférieure explique qu'au dossier il existe une atteinte à la santé qui provoque les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à 3 kg, pas de travaux lourds, éviter l'exposition à la poussière, aux émanations, au froid, à l'humidité et aux intempéries.

L'autorité inférieure reconnaît alors une incapacité de travail dans la dernière activité exercée de jardinier de 60 % depuis 2005 et, dès le 20 février 2010, de 90 %. En revanche, l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles est de 0 % avec une diminution de la capacité de gain de 20 %. Au total, l'autorité inférieure conclut qu'il n'y a pas d'invalidité au sens des dispositions légales (pce 55).

Cette décision a été rendue notamment sur la base d'une prise de position du service médical de l'autorité inférieure, par la main du Docteur B. _____, spécialiste FMH en médecine interne, datant du 14 avril 2016 (pce 47). Il est retenu, comme diagnostics principaux, une cardiopathie ischémique chronique, comprenant un status après un infarctus du myocarde inférieur le 11 janvier 2005, un status après un arrêt cardio-circulatoire le 20 février 2010 et un syndrome cérébral organique léger persistant après une ischémie, comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, une bronchopathie obstructive chronique et un abus d'alcool avec l'hépatopathie, et comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome d'apnée du sommeil léger.

L'incapacité de travail retenue par le service médical est alors de 60 %, dès le 27 janvier 2005, et de 90 %, dès le 20 février 2010, dans l'activité habituelle et de 0 %, dès le 27 janvier 2005, dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles exposée dans la décision précitée.

Le service médical relève enfin que l'assuré souffre de problèmes de santé majeurs, qui ont progressivement entraîné une diminution de la condition physique en général, mais que les déficits cognitifs n'empêchent pas un travail léger.

Selon l'évaluation de l'invalidité (méthode générale), datant du 27 avril 2016, compte tenu d'une réduction jugée appropriée de 10 % du salaire d'invalidé, la perte de gain subie par l'assuré était de 20.07 %, arrondie à 20 % (pce 48).

Au dossier, figurent notamment les pièces médicales suivantes :

- un rapport médical du 16 novembre 1999 signé par les Docteurs C._____ et D._____ (spécialisation non précisée) de l'Hôpital E._____ qui établit, sans indication quant à la capacité de travail, une pneumonie communautaire, un déversement ou un épaissement pleural droit, une cardiopathie ischémique, un kyste d'inclusion amygdalien droit, une bronchopathie chronique et des hémorroïdes externes (pce 2) ;
- un rapport d'intervention aux urgences, manuscrit, daté du 18 juin 2002 (auteur indéterminable) qui rapporte des idées suicidaires (pce 4) ;
- un rapport d'intervention par cathétérisme du 11 janvier 2005 par le Docteur F._____ (spécialisation non précisée ; pce 5 p. 4) ;
- un rapport sur l'état de santé du 17 janvier 2005 signé par le Docteur G._____ (spécialisation non précisée) qui fait état d'un syndrome coronarien aigu, de l'implant de deux stents dans l'artère coronaire droite proximale, d'une dyslipémie (cholestérol), de tabagisme et de toxicomanie (pce 5 p. 1) ;
- un rapport d'intervention après cathétérisme du 26 juin 2006 par le Docteur H._____ (pce 6) ;
- un rapport clinique sur l'état de santé daté du 4 juillet 2006 émanant du Docteur G._____ (spécialisation non précisée) de l'Hôpital E._____ établissant un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde

inférieur, d'une occlusion de l'artère coronaire droite proximale, avec pose de stent suite à cette lésion, d'une fonction systolique du ventricule gauche préservée, sans antécédent (pce 24) ;

- un rapport de cathétérisme diagnostique et d'intervention daté du 6 septembre 2008 établi par le Docteur I._____ attestant d'une angioplastie pour l'implantation d'un stent revêtu dans une thrombose intrastent dans l'artère coronaire droite mesurée (pce 25) ;
- un rapport de cathétérisme diagnostique et d'intervention (angioplastie) daté du 11 septembre 2008 établi par le Docteur J._____ attestant d'un bon résultat à la suite de l'implantation de stents enrobés dans l'artère circonflexe et dans l'artère coronaire droite (pce 26) ; un rapport clinique sur l'état de santé du 1^{er} mars 2010 et émanant du Docteur K._____ (spécialisation non précisée) rapportant, comme diagnostics principaux, un arrêt cardio-respiratoire, une fibrillation ventriculaire, un infarctus du myocarde inférieur, une thrombose du stent revêtu, un syndrome organique cérébral et un abus d'alcool, sans indication sur la capacité de travail (pce 30) ;
- un rapport clinique sur l'état de santé daté du 12 septembre 2008 émanant des Docteurs L._____, M._____ et N._____, sous la responsabilité du Docteur L._____ (spécialisations non précisées), attestant, comme diagnostics principaux, une cardiopathie ischémique, une angioplastie coronarienne transluminale percutanée primaire et l'implant d'un stent revêtu dans l'artère coronaire droite médiale, une lésion sévère dans l'artère coronaire droite distale traitée par angioplastie et deux stents conventionnels, une lésion grave dans l'artère circonflexe proximale traitée également par angioplastie et deux stents conventionnels, des anciens infarctus au même endroit par occlusion thrombotique intrastent et comme autres diagnostics une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, du tabagisme, une maladie pulmonaire obstructive chronique légère et un alcoolisme modéré, sans précision quant à la capacité de travail (pce 27) ;
- un rapport de cathétérisme diagnostique et d'intervention daté du 22 décembre 2008 et émanant des Docteurs O._____ et P._____ attestant d'une angioplastie coronarienne transluminale percutanée et de la pose d'un stent revêtu dans l'artère coronaire droite médio-distale (pce 28) ;

- un rapport clinique sur l'état de santé daté du 17 novembre 2009 et émanant des Docteurs F. Q._____, R._____, S._____ et T._____ (spécialités non précisées), posant un diagnostic principal de douleur thoracique à faible probabilité ischémique (pce 29) ;
- un rapport clinique sur l'état de santé du 1^{er} mars 2010 et émanant du Docteur K._____ (spécialisation non précisée) rapportant, comme diagnostics principaux, un arrêt cardio-respiratoire, une fibrillation ventriculaire, un infarctus du myocarde inférieur, une thrombose du stent revêtu, un syndrome organique cérébral et un abus d'alcool, sans indication sur la capacité de travail (pce 30) ;
- un rapport clinique manuscrit illisible (pces 31 et 32) ;
- un rapport sur les dommages cérébraux et de neuropsychologie daté du 4 mars 2011 et émanant du Docteur U._____ qui écarte tout critère de démence à ce moment-là et évoque un diagnostic de détérioration cognitive légère en contexte de facteurs de risque vasculaire (pce 33) ;
- un rapport clinique du 16 décembre 2013 sans diagnostic ni indication quant à la capacité de travail (pce 34) ;
- un rapport sur les dommages cérébraux et de neuropsychologie, daté du 12 juin 2014, dont l'auteur et le contenu sont identiques à celui du 4 mars 2011 précité (pce 35) ;
- un rapport de consultation émanant de la Doctoresse V._____ du service de cardiologie de l'Hôpital E._____ daté du 16 juin 2014 attestant du maintien des mêmes diagnostics, à savoir une cardiopathie ischémique chronique avec infarctus du myocarde inférieur et pose d'un stent revêtu dans l'artère coronaire droite et non revêtu dans l'artère circonflexe, un arrêt cardiaque en 2010, une fraction d'éjection ventriculaire gauche normale, sans angine de poitrine (angor) ni dyspnée, sans indication quant à la capacité de travail (pce 36) ;
- un rapport de consultation marqué du sceau "Original illisible", sans indication sur la capacité de travail (pce 37 p. 1) ;
- un rapport de consultation daté du 11 novembre 2014 signé par le Docteur W._____ (spécialisation non précisée) qui pose un

diagnostic de diarrhée chronique avec une composante d'incontinence mixte (pce 37 p. 2) ;

- un rapport de révision de consultation en pneumologie du 1^{er} juin 2015 et émanant de la Doctoresse X. _____ attestant entre autres d'un syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil léger, d'un tabagisme actif, d'une altération de la diffusion, d'une polyglobulie secondaire avec pathologie respiratoire, sans indication sur la capacité de travail (pce 38) ;
- un rapport clinique de consultation externe du 8 juin 2015 du Docteur Y. _____ (spécialisation non précisée), confirmant le diagnostic de cardiopathie ischémique chronique stable, sans indication sur la capacité de travail (pce 39) ;
- un rapport d'anatomie pathologique, marqué du sceau "Original illisible", sans indication sur la capacité de travail (pce 40) ;
- un rapport clinique sur l'état de santé du 10 juillet 2015 et émanant du Docteur Z. _____ (spécialisation non précisée) et rapportant, sans indication sur la capacité de travail, une pneumonie basale droite avec épanchement pleural, un hématome splénique, du tabagisme et un début probable d'une maladie hépatique du foie, ainsi qu'une cardiopathie ischémique et une détérioration cognitive légère (pce 41) ;
- un rapport de consultation marqué du sceau "Original illisible" daté du 15 juillet 2015 et émanant du Docteur Aa. _____ (spécialisation non précisée), évoquant, sans indication sur la capacité de travail, une hépatopathie à étudier et un hématome splénique (pce 42) ;
- un rapport d'examen de consultation en pneumologie daté du 6 août 2015 et émanant de la Doctoresse Bb. _____ qui atteste d'une tuberculose pulmonaire en traitement, d'une cardiopathie ischémique et d'une déficience cognitive légère, sans indication quant à la capacité de travail (pce 7) ;
- un rapport médical du 7 octobre 2015 du même auteur et avec les mêmes diagnostics que le précédent (pce 8) ;
- un rapport d'examen cardiologique du 19 octobre 2015 réalisé par la Doctoresse Cc. _____ (pce 9) ;

- un rapport médical E 213 du 29 octobre 2015 signé par le Docteur Dd._____ (spécialisation non précisée), faisant état d'antécédents d'infarctus aigu du myocarde en 2005-2006, de tuberculose pulmonaire et de stéatose hépatique (lésion du foie) et rapportant un déficit neurologique et cardiologique chronique avec un effet modéré sur la santé, capable de faire un travail léger (pce 10).

A.c Par acte daté du 29 janvier 2018 et enregistré le lendemain par l'autorité inférieure, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité. L'assuré explique que, depuis le rejet de sa première demande, son état de santé n'a cessé de se dégrader fortement. Il se plaint de pertes de mémoire, de difficulté à respirer et à marcher plus d'une centaine de mètres et d'une prise de poids importante (pce 68).

A l'appui de sa nouvelle demande, l'assuré a déposé les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'examen et de consultation en pneumologie daté du 27 janvier 2016 et émanant de la Doctoresse Bb._____ qui atteste d'une tuberculose pulmonaire en traitement, d'un syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil, d'une cardiopathie ischémique et d'une déficience cognitive légère, sans indication quant à la capacité de travail (pce 58) ;
- un rapport clinique de consultation en neurologie daté du 30 novembre 2016 et émanant du Docteur Ee._____ attestant d'une déficience cognitive légère non progressive et de syncopes avec une étiologie peu claire, sans indication quant à la capacité de travail (pce 63) ;
- une pièce médicale marquée du sceau "Original illisible" dont l'auteur et le contenu sont identiques à la pièce précédente (pce 60) ;
- un rapport clinique de consultation externe daté du 9 novembre 2016 et émanant du Docteur Ff._____ qui établit un diagnostic de cardiopathie ischémique chronique de type infarctus du myocarde inférieur, d'une maladie des deux vaisseaux et d'une fonction systolique légèrement déprimée, sans indication sur la capacité de travail (pce 62) ;
- un rapport clinique des urgences daté du 5 avril 2017 et émanant de la Doctoresse Gg._____ de l'Hôpital E._____ qui pose comme diagnostic principal une fibrillation auriculaire avec réponse

ventriculaire rapide (fonction cardiaque 100 battements par minute) et une angine hémodynamique secondaire (pce 65) ;

- un rapport clinique de consultation en cardiologie daté du 13 décembre 2017 et émanant du Docteur Ff. _____ (spécialisation non précisée), attestant d'une cardiopathie ischémique chronique, d'un infarctus du myocarde inférieur stable, d'une maladie des deux vaisseaux légère, d'une dépression de la fonction systolique (de classe fonctionnelle III) et d'une fibrillation auriculaire paroxystique, parlant d'absence d'autres épisodes de douleurs thoraciques et d'un maintien en classe fonctionnelle III malgré le rythme sinusal, sans indication sur la capacité de travail (pce 66 p. 1 et 2) ;
- un rapport de consultation pour un syndrome d'apnée du sommeil daté du 13 décembre 2017 et émanant de la Doctoresse Hh. _____ attestant ce diagnostic avec un indice d'apnée hypopnée de 16.0/15.0 ; ce rapport évoque une limitation significative de l'activité physique quotidienne avec dyspnée sur un effort mineur (pce 66 p. 3) ;
- un rapport de sortie établi le 23 décembre 2017 par le Docteur li. _____, du service de chirurgie vasculaire de l'hôpital Ll. _____, à la suite d'une saphénectomie (*i.e.* une ablation chirurgicale d'une veine saphène) du membre inférieur gauche (pce 67) ;
- un rapport médical émanant de l'Institut national de la sécurité sociale, daté du 5 janvier 2018 par la signature du Docteur Kk. _____ établissant une dyspnée au moindre effort et attestant d'une cardiopathie ischémique sévère et de l'impossibilité de réaliser quelque type d'activité professionnelle (pce 57).

A.d En date du 25 juin 2018, l'autorité inférieure a prononcé le refus de la demande de prestation (pce 88) après un projet de décision dans le même sens du 24 avril 2018 (pce 81).

Cette décision a été rendue notamment sur la base d'une prise de position du service médical de l'autorité inférieure, par la main du Docteur B. _____, spécialiste FMH en médecine interne, datant du 1^{er} mars 2018 (pce 75). Selon ce médecin, les diagnostics n'ont pas changé, mais on observe une progression des troubles fonctionnels dus à une cardiopathie ischémique avec troubles du rythme cardiaque avec dyspnée et angine de poitrine secondaire.

En conséquence, le service médical de l'autorité inférieure atteste, depuis le 5 avril 2017 (contrôle des urgences), une incapacité de travail de 100 % pour le travail habituel. Selon lui, les problèmes cognitifs sont plus pertinents pour un emploi approprié et sont décrits comme étant progressifs. Dans ce domaine également, il propose d'adapter l'incapacité de travail à 20 % à partir du 5 avril 2017 avec les limitations fonctionnelles suivantes : des efforts physiques moyens à lourds en général, une capacité réduite à se concentrer et à tolérer des situations stressantes ainsi qu'un travail non supervisé ou rapide. Il précise qu'un examen médical supplémentaire n'est pas indiqué.

Selon l'évaluation de l'invalidité (méthode générale), datant du 16 avril 2018, compte tenu d'une réduction jugée appropriée de 20 % du salaire d'invalidité et d'une activité à 80 %, la perte de gain subie par l'assuré était de 37.79 %, arrondie à 38 % (pce 80).

B.

Par acte du 3 septembre 2018, l'assuré a déposé un recours contre la décision précitée devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF). Il conclut, préalablement, à la mise en place d'une expertise au moins bi-disciplinaire en cardiologie et en neurologie et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de frais et dépens. A l'appui de son recours, l'assuré évoque l'aggravation de sa cardiopathie ischémique, avec troubles du rythme cardiaque, dyspnée secondaire et angine de poitrine ainsi qu'une dégradation de ses fonctions cognitives, avec des crises de syncope (pce TAF 1 p. 3). Il reproche à l'autorité inférieure et au médecin qu'elle a saisi de ne pas avoir de base médicale pour arrêter son incapacité de gain à 38 % ainsi que son incapacité de travail à 20 % (p. 4).

C.

Invité par le Tribunal à payer une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs par décision incidente du 6 septembre 2018 (pce TAF 2), le recourant s'en est acquitté le 29 septembre 2018 (pce TAF 4).

Au terme de sa réponse du 11 décembre 2018, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle explique qu'au vu de l'ensemble du dossier y compris de toute la documentation médicale au dossier, son service médical avait retenu que les problèmes de santé du recourant avaient entraîné progressivement une diminution de sa capacité physique qui justifiait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de jardinier, dès le 5 avril 2017 (date du

rapport clinique des urgences émanant de la Doctoresse Gg._____ de l'Hôpital E._____ [pce 65]). Cependant, dans une activité légère, compte tenu des déficits cognitifs, la capacité de travail serait de 80 %, également depuis le 5 avril 2017 (pce 47 et 75).

En l'occurrence, l'évaluation de l'invalidité par une comparaison de revenus (méthode générale) effectuée le 16 avril 2018 (pce 80) ferait apparaître une diminution de sa capacité de gain de 38 % dès le le 5 avril 2017, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Pour tenir compte des empêchements propres à l'assuré, une réduction de 20 % a été opérée sur le salaire d'invalidé. ·

En procédure de recours, l'assuré aurait produit de la documentation médicale déjà au dossier qui met en évidence les pathologies connues et déjà prises en considération dans la décision attaquée.

D.

D.a Par acte du 8 janvier 2019, le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire partielle, limitée à la dispense des frais de procédure (pce TAF 8).

D.b Par ordonnance du 16 janvier 2019, le Tribunal a signalé au recourant qu'il sera statué sur cette demande dans l'arrêt au fond (pce TAF 9).

E.

Dans sa réplique du 4 février 2019 (pce TAF 10), transmise à l'autorité inférieure le 7 février 2019 (pce TAF 11), le recourant relève que la réponse ne ferait que paraphraser la décision attaquée, sans formuler aucune observation quant aux critiques énoncées dans le recours.

Les arguments avancés de part et d'autre au cours de la présente procédure seront repris plus loin dans la mesure où cela se révèle nécessaire.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.2 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 connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'autorité inférieure au sens de l'art. 5 PA. La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

2.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique

le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, n^o 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.

3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3 et 132 V 215 consid. 3.1.1).

3.2 Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 25 juin 2018). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours.

4.

La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne et ayant travaillé en Suisse.

4.1 La cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après: règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après: règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.2 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 du 4 février 2003 consid. 2 ; 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

5.

5.1 Selon l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss) – la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

5.2 Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4, 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2).

5.3 En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge. En effet, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2 ; ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 108 consid. 2).

6.

6.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

6.2 L'invalidité au sens de la LPGGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

6.3 Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

6.4 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 1^{ère} phrase LPGGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phrase LPGGA).

6.5 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet

fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1, voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

6.6 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

6.6.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

6.6.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5, 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n°s 48 et 49).

6.6.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n°s 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

6.6.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et

9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

7.

Appelé à se prononcer, le Tribunal retient ce qui suit.

7.1 Dans le cadre de la première demande, les diagnostics suivants avaient été retenus.

Sur le plan cardio-respiratoire, les diagnostics pertinents alors retenus par l'autorité inférieure étaient les suivants : une cardiopathie ischémique chronique, comprenant un statut après un infarctus du myocarde inférieur le 11 janvier 2005, une cardiopathie ischémique chronique, comprenant un statut après un infarctus du myocarde inférieur le 11 janvier 2005, un statut après un arrêt cardio-circulatoire le 20 février 2010 et un syndrome cérébral organique léger persistant après une ischémie, comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, une bronchopathie obstructive chronique et un abus d'alcool avec l'hépatopathie (pces 47 et 55). Sur ce dernier diagnostic, la prise de position du service médical d'alors évoquait bien une bronchopathie chronique, sans plus de précision (pce 47), mais ni le formulaire E 213 du 29 octobre 2015 (pce 10) ni le rapport médical du 16 novembre 1999 (pce 2) n'apportent d'éclairage à ce sujet.

Le Tribunal souligne que le rapport de consultation émanant du service de cardiologie du 16 juin 2014 attestait de l'absence d'angine de poitrine et de dyspnée (pce 36) et que le rapport clinique de consultation externe du 8 juin 2015 du Docteur Y._____ relatait de faibles limitations de l'activité physique quotidienne en cas de dyspnée à l'effort modéré (pce 39).

Sur le plan cognitif, le rapport du 4 mars 2011 du Docteur U._____ faisait état de déficits discrets de consolidation/apprentissage à court terme, d'une bonne réponse aux indices sémantiques et d'une absence d'altération de la composante épisodique ou opérationnelle (pce 35).

7.2 Sur la base de la prise de position du 14 avril 2016 de son service médical, l'autorité inférieure avait retenu une incapacité de travail dans la dernière activité exercée de jardinier de 90 % dès le 20 février 2010 et, dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles, de 0 % avec une diminution de la capacité de gain de 20 %. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : port de charges limité à 3 kg, pas de travaux lourds, éviter l'exposition à la poussière, aux émanations, au froid, à l'humidité et aux intempéries

Force est de constater qu'à l'époque, aucun médecin traitant ne s'était véritablement prononcé sur la capacité de travail du recourant. La seule pièce qui évoque une capacité de travail dans une activité légère était le formulaire E 213 du 29 octobre 2015, sans précision sur le sujet (pce 10), reprise comme telle par la prise de position du 14 avril 2016 du service médical de l'autorité inférieure. Cela n'avait pas empêché l'autorité inférieure de conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

8.

8.1 Dans le cadre de la nouvelle demande, objet du présent recours, la situation médicale retenue par l'autorité inférieure se présente ainsi.

S'agissant de l'état de santé, la seule pièce citée par l'autorité inférieure est le rapport du 5 avril 2017 de la Doctoresse Gg._____. Cette pièce est un rapport des urgences de l'Hôpital E._____, établi à la suite d'une consultation pour une dyspnée, (*i.e.* une gêne respiratoire ressentie). Cette pièce rapporte des plaintes du recourant et des douleurs au niveau de la zone proximale du myocarde inférieure, avec irradiation des zones thoraciques centrales et interscapulaires, le réveillant vers 7 heures 30. Le diagnostic posé était alors celui de fibrillation auriculaire avec réponse

ventriculaire rapide et une angine hémodynamique secondaire (angine de poitrine ; pce 65). Cette pièce a permis à l'autorité inférieure, à la suite de son service médical, de conclure à une progression des troubles fonctionnels dus à une cardiopathie ischémique avec troubles du rythme cardiaque avec dyspnée et angine de poitrine secondaire (pces 75 et 80). De même, le rapport de consultation pour un syndrome d'apnée du sommeil daté du 13 décembre 2017 de la Doctoresse Hh._____ atteste ce diagnostic avec un indice d'apnée hypopnée de 16.0/15.0 et une limitation significative de l'activité physique quotidienne avec dyspnée sur un effort mineur (pce 66 p. 3).

Sur le plan cognitif, le rapport clinique de consultation en neurologie du 30 novembre 2016 du Docteur Jj._____ atteste d'une déficience cognitive légère non progressive et de syncopes avec une étiologie peu claire (pce 63). L'autorité inférieure ne se prononce pas spécifiquement sur l'évolution sous cet angle, se contentant, d'une manière toute générale, de dire que les diagnostics restent les mêmes.

Selon le service médical de l'autorité inférieure, les diagnostics n'ont pas changé, mais on observe une progression des troubles fonctionnels dus à une cardiopathie ischémique avec troubles du rythme cardiaque avec dyspnée et angine de poitrine secondaire (pce 75).

8.2 S'agissant des répercussions de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail, l'autorité inférieure retient, sur la base du rapport précité du 5 avril 2017 de la Doctoresse Gg._____, une augmentation de 0 % à 20 % de l'incapacité de travail dans une activité adaptée (pce 65).

9.

9.1

9.1.1 Sur le plan cardio-respiratoire, la décision attaquée prend acte de l'aggravation des troubles fonctionnels se traduisant notamment par des dyspnées et une angine de poitrine. Ainsi que le Tribunal l'a relevé plus haut, les rapports versés au dossier dans le cadre de la première demande, parlaient d'absence d'angine de poitrine et de dyspnée (consid. 7.1), ce qui confirme bien une détérioration de l'état de santé du recourant.

Il reste à savoir quelles sont les répercussions de cette détérioration sur la capacité de travail du recourant.

A ce sujet, ni l'autorité inférieure ni son service médical ne discutent le rapport médical du 5 janvier 2018 établi par le Docteur Kk._____. Or, ce praticien atteste de l'impossibilité de réaliser quelque type d'activité professionnelle, ce qui se traduirait par une incapacité totale de travail dans toute activité.

Ce médecin, qui suit régulièrement le recourant, évoque une dyspnée (*i.e.* une difficulté respiratoire) au moindre effort (pce 57). Ce diagnostic figure également dans le rapport de consultation pour un syndrome d'apnée du sommeil daté du 13 décembre 2017 et émanant du Docteur Ff._____. (pce 66 p. 1), dans le rapport de consultation pour un syndrome d'apnée du sommeil daté du 13 décembre 2017 de la Doctoresse Hh._____ (pce 66 p. 3), ainsi que dans le rapport clinique de consultation externe daté du 9 novembre 2016 et émanant du Docteur Ff._____ (pce 62). Si elle devait s'avérer, l'apparition de ce symptôme de dyspnée au moindre effort pourrait constituer une évolution notable de l'état de santé du recourant, susceptible d'avoir une répercussion très significative sur sa capacité de travail. A ce titre, le rapport de consultation pour un syndrome d'apnée du sommeil daté du 13 décembre 2017 de la Doctoresse Hh._____ atteste ce diagnostic avec un indice d'apnée hypopnée de 16.0/15.0 et une limitation significative de l'activité physique quotidienne avec dyspnée sur un effort mineur (pce 66 p. 3). Or, ces pièces médicales ne sont – encore une fois – pas discutées par l'autorité inférieure ou son service médical ; le Tribunal n'est donc pas en mesure d'évaluer correctement l'ampleur et l'impact de ces dyspnées. En particulier, il ne peut, en l'état, pas confirmer que ces dyspnées au moindre effort et le syndrome d'apnée du sommeil sont cohérents avec le taux de capacité de travail de 80 % retenu par l'autorité inférieure.

9.1.2 Sur le plan cognitif, le rapport clinique de consultation en neurologie du 30 novembre 2016 du Docteur Jj._____ dit qu'un électroencéphalogramme était planifié suite à des syncopes (pce 63). On en ignore le résultat. Les syncopes semblent quant à elles être nouvellement apparues. En effet, il n'en était pas question lors de la première demande. Ce nouveau symptôme – aucun diagnostic à ce stade n'a été posé – parle possiblement, là aussi, en faveur d'une détérioration de l'état de santé du recourant depuis lors. Il va de soi que le diagnostic lié à ce symptôme est possiblement de nature à avoir une influence sur la capacité de travail, même dans une activité légère.

Par ailleurs, selon la prise de position du service médical de l'autorité inférieure du 1^{er} mars 2018, les problèmes cognitifs ne sont plus pertinents

pour un emploi approprié et sont décrits comme étant progressifs (pce 75). Le rapport clinique de consultation en neurologie daté du 30 novembre 2016 du Docteur Ee. _____ atteste, contrairement à l'avis précité, d'une déficience cognitive légère non progressive (pce 63).

Là aussi, la situation est peu claire.

9.1.3 Sur le plan hépatique, selon un rapport clinique du 10 juillet 2015 du Docteur Z. _____ – certes produit au dossier dans le cadre de la décision initiale du 25 août 2016 –, un début probable d'une maladie hépatique du foie avait été observé (pce 41). Le rapport E 213 du 29 octobre 2015 signé par le Docteur Dd. _____ faisait état d'une stéatose hépatique (lésion du foie ; pce 10).

9.1.4 Quant à l'appréciation de la capacité de travail, le service médical de l'autorité inférieure conclut à une détérioration de la capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % à 80 % (perte de 20 %). Non seulement le service médical n'explique aucunement comment ce taux a été arrêté, mais on cherche en vain dans le dossier un avis médical autorisé appuyant cette conclusion. La seule pièce citée dans la décision attaquée, à savoir le rapport du 5 avril 2017 et émanant de la Doctoresse Gg. _____ est un rapport de consultation auprès d'un service d'urgence à la suite de palpitations et d'irradiations ressenties au cours d'un seul épisode. Cette pièce n'apporte aucun élément concret en lien avec la capacité de travail et, par conséquent, ne permet pas du tout de la chiffrer à 20 %. Il s'agit en effet d'un rapport établi à la suite d'une consultation aux urgences.

9.2 Les conclusions du service médical de l'autorité inférieure, reprises sans autres par celle-ci, ne reposent que sur l'une des pièces médicales figurant au dossier. Elles ignorent au moins un symptôme nouveau, à savoir des syncopes. Elles ne discutent pas les conséquences du syndrome d'apnée du sommeil et se révèlent en contradiction avec les pièces au dossier s'agissant des troubles cognitifs. Elles ne discutent pas la seule pièce qui se prononce sur la question de la capacité de travail, qui parle d'une incapacité totale de travail quelle que soit l'activité. Elles se contentent de reconnaître une détérioration de la capacité de travail dans une activité adaptée de 20 % sans expliquer comment ce taux a été retenu. Or, une telle façon de procéder ne donne en aucune manière un tableau complet de la situation médicale (consid. 6.6.1) et ne saurait remplir les exigences jurisprudentielles relatives à l'établissement de la capacité de travail (consid. 6.5 et 6.6).

Cela permet de conclure que le rapport du service médical n'explique pas les raisons pour lesquelles certains symptômes ou diagnostics (notamment les syncopes et l'ampleur des dyspnées ont été ignorés et surtout pourquoi une incapacité de travail plus importante n'a pas été retenue. De ce fait, la prise de position du service médical de l'autorité inférieure ne pouvait pas servir de fondement à la décision attaquée (consid. 6.6.3 et 6.6.4).

L'autorité inférieure ne pouvait pas se contenter de cette appréciation. Dès lors qu'il existait un doute, le service médical devait, selon la jurisprudence exposée plus haut (consid. 6.6.4), ordonner une expertise pour clarifier la situation. L'incapacité de travail retenue (20 % dans une activité adaptée) est certes supérieure à celle établie lors de la première demande (0 % dans une activité adaptée). Pour autant, le dossier, en l'état, non seulement ne permet pas de savoir comment ce taux a été arrêté, mais n'exclut pas non plus que ce taux soit supérieur. Ce manquement est d'autant plus condamnable en l'espèce que l'appréciation hasardeuse de l'autorité inférieure la conduit à retenir une perte de gain de 38 % (avec une incapacité de travail de 20 % [pce 80]). Il s'ensuit que si l'appréciation de la capacité de travail avait été ne serait-ce que légèrement plus favorable au recourant, sa perte de gain lui aurait très vraisemblablement permis de se voir octroyer une rente d'invalidité (dès 40 % de perte de gain, un quart de rente est dû [consid. 6.1]).

Sur un autre plan, selon l'ATF 145 V 215, les syndromes de dépendance primaire, comme en l'espèce l'abus d'alcool, doivent en principe faire l'objet, comme toutes les autres maladies psychiques, d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (consid. 5 et 6.2 ; changement de jurisprudence). Or, tel n'a jamais été le cas dans ce dossier. Sur ce point également, l'instruction devra être complétée.

Il résulte de ce qui précède que la cause n'était pas en état d'être décidée au moment où l'autorité inférieure a rendu sa décision. Aussi, dans une telle constellation, l'autorité inférieure, au lieu de rendre une décision, aurait dû poursuivre l'instruction, notamment en mettant sur pied une expertise pluridisciplinaire, portant sur les aspects cardiologiques, pneumologiques, neurologiques ou neuropsychologiques (troubles du sommeil, fatigues, syncopes ; sur la valeur probante d'une évaluation neuropsychologique : arrêt du TF 9C_752/2019 du 12 avril 2019 consid. 5.3 et les références citées), psychiatriques et hépatologiques (abus d'alcool), ainsi qu'une procédure probatoire structurée.

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis partiellement en tant qu'il conteste le refus de l'autorité inférieure de lui octroyer une rente d'invalidité, la décision attaquée du 25 juin 2018 doit être annulée et l'affaire doit être renvoyée devant l'autorité inférieure pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie en l'espèce de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale (nouveaux symptômes) ainsi que les conséquences qui en découlent (établissement de l'incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction de droit par l'autorité inférieure.

10.2 Dans le cadre de l'instruction qu'elle doit mener, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé du recourant (angine de poitrine, dyspnée, apnées du sommeil, syncopes, troubles cognitifs, abus d'alcool et maladie hépatique) et de son évolution pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGa). Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (à savoir le résultat d'un électroencéphalogramme [consid. 9.1.2]). Puis, elle mettra sur pied une expertise pluridisciplinaire portant sur les aspects cardiologiques et pneumologiques (en lien avec les symptômes – reconnus – d'angine de poitrine et de dyspnée au moindre effort [consid. 8.1 et 9.1.1]) et neurologiques ou neuropsychologiques (en lien avec les syncopes nouvellement apparues [consid. 9.1.2]) et psychiatrique et hépatologique (en lien avec les lésions hépatiques et l'abus d'alcool [consid. 9.1.3]) ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra établir, en comparant l'état de fait existant au moment la première décision de l'autorité inférieure du 25 août 2016 avec l'état de santé actuel,

s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé du recourant depuis cette date (arrêt du TAF C-5626/2017 du 16 juillet 2019 consid. 5.9.2), avec indication de la date à partir de laquelle les éventuelles aggravations ont été constatées et indication de la capacité résiduelle de travail correspondante, le cas échéant (consid. 9.1.4). L'autorité inférieure devra ensuite recalculer l'incapacité de gain et rendre une nouvelle décision.

11.

11.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 1^{ère} phrase PA). Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

11.2 En l'espèce, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire devant l'autorité inférieure et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais, d'un montant de 800 francs, versée par le recourant durant l'instruction (pces TAF 2 et 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

11.3 Par voie de conséquence, la demande d'assistance judiciaire partielle déposée par le recourant le 8 janvier 2019 (pce TAF 8) est en toute hypothèse sans objet.

12.

12.1 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige.

12.2 En l'espèce, le recourant, qui a obtenu gain de cause, a droit à des dépens. Il a interjeté recours par un organisme de défense des intérêts de ses affiliés, qui doit être assimilé à un mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat, dont le tarif horaire est moindre (art. 10 al. 1 et

2 FITAF). En l'absence d'un décompte de prestations de la part de ce mandataire, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, en tenant compte du travail effectué par le mandataire, à savoir le dépôt du recours (6 pages), sans deuxième échange d'écritures, il convient d'allouer au recourant, à la charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]), une indemnité à titre de dépens de 1'200 francs.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis.

2.

La décision du 25 juin 2018 est annulée et la cause est renvoyée devant l'autorité inférieure pour instructions complémentaires et nouvelle décision dans le sens des considérants.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais versée par le recourant de 800 francs lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Une indemnité de 1'200 francs est allouée au recourant à titre de dépens et mise à la charge de l'autorité inférieure.

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)

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

Le président du collège :

Le greffier :

Pietro Angeli-Busi

Yann Grandjean

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF (RS 173.110 soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, Suisse, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :