



Arrêt du 26 septembre 2012

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Vito Valenti, Michael Peterli, juges,
Valérie Humbert, greffière.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, décision du 11 juillet 2011.

Faits :**A.**

A.a A._____ est un ressortissant espagnol né le (...) 1964, marié et père d'un enfant (pce 26). Il a travaillé en Suisse en 1987, 1988, 1990, 1991 et 1992 et cotisé à ce titre à l'assurance vieillesse et invalidité suisse pendant 41 mois (pce 31). Son dernier emploi connu est celui, exercé à plein temps en Espagne de mars 2004 à septembre 2007, d'ouvrier en démolition de véhicules (pces 34).

A.b Le 15 février 2007, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) par le biais du formulaire E204 qui parvient à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), le 13 mai 2008 (pce 1). Il ressort de la documentation médicale versée alors en cause qu'il souffrait essentiellement d'une hernie discale qui avait été opérée une première fois en 2000 (et pour laquelle il recevait une rente dans son pays dès 2002), qu'il avait repris une activité assez lourde en 2004 et présenté ensuite une nouvelle hernie discale opérée en novembre 2007 (pces 12 à 20).

A.c Se fondant sur une appréciation médicale du Dr B._____, médecin à son service médical, qui estimait l'ancienne activité de l'assuré plus exigible, mais, vu les minimales séquelles et l'absence de radiculopathie, l'exercice d'un travail léger adapté médicalement possible à 100%, l'OAIE a communiqué à l'assuré, par projet de décision du 18 septembre 2008, son intention de rejeter sa demande de prestations AI au motif qu'il ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi, puisqu'il résultait de la comparaison des revenus de valide et d'invalidé, une diminution de la capacité de gain de 20% (pces 22 à 24). En l'absence de réaction de l'assuré, ce projet fut confirmé par décision du 19 novembre 2008, laquelle est entrée en force sans être attaquée (pce 25).

B.

B.a Le 21 septembre 2010, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI par le biais du formulaire E204 qui parvient à l'OAIE le 4 novembre 2010 (pce 26). Sont versés en cours d'instruction:

- une expertise E213 rédigée le 25 octobre 2010 par le Dr C._____, médecin à l'institut national espagnol de sécurité sociale (INSS), qui rappelle dans l'histoire clinique, les atteintes au rachis et les limitations y relatives et diagnostique un carcinome épidermoïde du tiers

moyen de l'œsophage opéré en février 2010 par oesophagectomie et gastroplastie tubulaire avec anastomose au niveau cervical, une obésité, une HTA, une allergie au latex ainsi qu'une hypoacousie neuro-sensorielle (pce 37);

- une lettre de sortie signée des Drs D._____ et E._____ du Complexe hospitalier universitaire de Z._____ qui atteste que A._____ a été hospitalisé du 28 janvier au 23 février 2010 pour une intervention chirurgicale pratiquée le 9 février 2010 sur le carcinome diagnostiqué en octobre 2009 (pce 41).

B.b Cette documentation médicale a été soumise à l'appréciation du Dr F._____, médecin à l'OAIE, qui, dans sa prise de position du 20 mars 2011, estime que le carcinome traité n'a aucune influence sur la capacité de travail et que le problème principal reste chez ce patient les atteintes chroniques au rachis pour lesquelles il ne décèle pas de changement significatif et propose donc de s'en tenir pour le moment à la prise de position du Dr B._____ en 2008. Le Dr F._____ indique une incapacité de travail de 20 % dès le 10 juillet 2000 et de 70% dès le 15 novembre 2007 dans l'ancienne activité et de 0% dans une activité de substitution dès le 10 juillet 2000 (pce 44).

B.c Vu que l'incapacité de travail dans les activités de substitution est identique et que le début de l'exigibilité se situe à la même date dans les déterminations des Drs B._____ (en 2008, pce 22) et F._____ (2011, pce 41), la section d'évaluation de l'invalidité de l'OAIE renonce à une nouvelle comparaison des revenus malgré le fait que le Dr F._____ mentionne une incapacité de 70% (et non de 60% comme le Dr B._____) dans l'ancienne activité (pce 45).

B.d Par projet de décision du 9 mai 2011, l'OAIE a communiqué à A._____ son intention de rejeter sa demande de prestations AI motif pris que l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé, comme par exemple en position debout, sans port de charges, sans être exposé au froid, à l'humidité et dont l'autorité énumérerait quelques exemples, était exigible à 100% avec une perte de gain de 20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (pce 49).

B.e En l'absence de réaction de l'assuré, ce projet fut confirmé par décision du 11 juillet 2011 (pce 50).

C.

C.a Par acte du 23 septembre 2011, A. _____ interjetée recours par devant le Tribunal administratif fédéral (le Tribunal) à l'encontre de cette décision dont il demande l'annulation et principalement la reconnaissance d'une incapacité de réaliser un quelconque travail et subsidiairement d'une perte de sa capacité de gain dans une mesure suffisante pour percevoir des prestations. Faisant état de ses douleurs et de son incapacité de travail, il trouve inadmissible que l'autorité n'admette pas un changement dans sa situation. A l'appui de ses conclusions, il joint outre une copie de la décision attaquée, une copie de la décision espagnole du 30 juin 2010 modifiant la rente qu'il touche dans son pays au titre d'incapacité permanente absolue qui passe d'un pourcentage de 55% à 100% .

C.b Dans sa réponse du 29 novembre 2011, invitée à se déterminer sur la tardiveté du recours, l'autorité inférieure établit qu'il a été déposé dans les délais légaux. Pour le surplus, elle expose les dispositions légales topiques applicables notamment celles qui prescrivent que seul le droit interne suisse détermine les modalités de l'évaluation de l'invalidité, le recourant ne s'appuyant essentiellement que sur la décision de l'autorité espagnole lui reconnaissant une incapacité permanente absolue. L'autorité inférieure remarque que les doléances de l'assuré ne sauraient constituer à elles-seules un moyen de preuve. En l'absence d'argument pertinent ou de nouvelle documentation, elle propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

C.c Invité à se déterminer dans un délai de 30 jours dès réception de l'ordonnance du Tribunal du 5 décembre 2011, le recourant ne réplique pas.

C.d Par décision incidente du 24 février 2012, le Tribunal invite le recourant à s'acquitter d'une avance sur les frais de procédure présumés, ce qui fut fait dans le délai imparti.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contes-

tées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

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 Selon l'art. 48 al. 1 du Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845 [cf. infra consid. 3.2 pour l'application au cas d'espèce]), le délai de recours ne commence à courir qu'à partir de la réception de la note récapitulative (E 211) qui notifie au requérant, dans la langue de celui-ci, les décisions définitives prises par chacune des institutions en cause. En l'espèce, la décision 11 juillet 2011, bien qu'elle soit parvenue au recourant le 19 suivant (pce 53), lui a été transmise par l'organisme de liaison espagnol par le biais du formulaire E 211 le 29 août 2011 (pce 51), si bien que le recours déposé le 23 septembre 2011, l'a été en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA, 52 PA et 48 al. 1) et est donc recevable quant à la forme.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à

l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, (ALCP, RS 0.142.112.681),

3.2 L'Annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'Annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement) – et le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

3.3 Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté

européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.4 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

3.5 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Ainsi, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications introduites par la 5e révision de la LAI (RO 2007 5147), étant précisé que l'application du nouveau droit ne modifie pas la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité. (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

Les atteintes à la santé justifiant le dépôt d'une nouvelle demande de rente ayant eu lieu in casu en 2010, les dispositions de la LAI, de son règlement d'exécution et de la LPGA, seront donc citées, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011.

4.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI),
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins trois années au total - dont au moins une en Suisse - auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement [CEE] 1408/71).

En l'occurrence, le recourant remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressé pouvait être qualifié d'invalide au sens de la LAI.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, lorsque l'administration examine une nouvelle demande de l'assuré après un premier refus de prestations, elle n'entrera en matière que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit aux prestations, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. On entend ainsi éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes cas, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification (ATF 125 V 410 consid. 2b, VSI 2000 242).

5.2 En l'espèce, l'autorité inférieure a rejeté la deuxième demande de rente après avoir procédé à un examen matériel. Cet examen était nécessaire car les pathologies dont souffre l'assuré ont évolué depuis le rejet de la première demande.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6.2 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

6.3 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

7.

7.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss) et au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre b signifie que l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Le délai d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1er janvier 2008; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

7.2 Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2).

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

8.2 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Les spécialistes de l'orientation professionnelle en revanche doivent se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales et compte tenu des capacités résiduelles de la personne assurée, ce qui nécessite parfois de se renseigner auprès des médecins (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3.3 et les références citées).

8.3 C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physi-

ques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

8.4 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre.

9.

9.1 En l'espèce, une demande de prestations motivée par un status post-hernie discale avait été refusée une première fois en 2008. A ce sujet, aucune nouvelle documentation médicale ne figure au dossier. Toutefois, les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte au rachis sont mentionnées dans l'expertise E213 du 25 octobre 2010 et l'expert relève que compte tenu de l'évidence de la pathologie ostéo-vertébrale, une exploration plus détaillée est indiquée, ce qui ne semble pas avoir été fait. Cette expertise E213 a été diligentée dans le cadre de la deuxième demande, déposée deux ans après la première, motivée par la découverte d'un carcinome épidermoïde du tiers moyen de l'oesophage traité chirurgicalement. A l'examen de l'expertise E213 du 25 octobre 2010, le Dr F. _____, médecin à l'OAIE, avait requis dans sa prise de position du 11 janvier 2011 (pce 39) la production des rapports de neurochirurgie et de chirurgie abdominale mentionnés dans l'expertise E213. Or, seule la lettre de fin d'hospitalisation du 23 février 2010 a été ensuite versée au dossier. Il est

vrai que cette lettre fait état d'une évolution clinique favorable. Une endoscopogastroduodenscopie (EGD) a été réalisée neuf jours après l'opération et la reprise de l'alimentation par voie orale est bien tolérée. Le patient ne présente aucun signe de complication post-opératoire. Toutefois ce document, s'il réserve un bon pronostic, ne dit rien sur l'état neurologique de l'assuré, alors même que le Dr F._____ avait demandé un rapport sur cet aspect et que dans sa détermination du 20 mars 2011, il laisse entendre qu'une nouvelle appréciation neurochirurgicale est imminente.

Ce médecin estime qu'une révision est nécessaire (alors qu'aucune rente n'est allouée) et propose le 20 mars 2011 comme prochaine échéance, soit la date même de sa prise de position, tout en se prononçant tout de même sur la capacité résiduelle de travail. En annexe, il dresse la liste des rapports, examens et protocoles à fournir, sans doute lors de la prochaine révision (fixée au jour même de la détermination). Cette manière de faire est pour le moins confuse. Il est difficile de comprendre l'objectif du Dr F._____ avec ses indications. Compte tenu de la documentation médicale relativement sommaire figurant au dossier, un complément d'instruction était nécessaire. En effet, la lettre de sortie ne reflète que la situation telle qu'elle existait immédiatement après l'opération, laquelle fut sans doute suivie d'une période de convalescence. Un rapport actualisé quelques mois plus tard aurait permis déterminer les atteintes à la santé du recourant et les limitations y relatives. La lettre de sortie prévoyait d'ailleurs des examens 15 jours et un mois plus tard pour faire le point. Or les rapports issus de ces examens ne figurent pas non plus au dossier.

9.2 Pour fixer la capacité de travail résiduelle, le Dr F._____ – et l'autorité inférieure – se fonde sur cette lettre de sortie qui ne dit rien au demeurant à ce sujet mais se prévaut d'une évolution post-opératoire a priori favorable, ce qui aurait demandé à être confirmé par la suite. Seule l'expertise E213 se prononce sur la capacité de travail est là encore, les observations sont apparemment contradictoires. En effet, le Dr C._____ affirme d'un côté que le recourant peut travailler sur un écran vidéo, n'a pas besoin de l'aide d'un tiers ni au travail ni pour les activités quotidiennes et, d'un autre côté, qu'il ne peut plus exercer une quelconque activité.

9.3 En conclusion, si une capacité résiduelle de travail subsiste malgré les atteintes à la santé, le Tribunal doit néanmoins constater qu'il ne possède pas les éléments clairs pour se faire une opinion circonstanciée de la mesure de cette capacité.

10.

Ainsi, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 61 PA, dont l'application se justifie au vu des lacunes manifestes de l'instruction lors du prononcé de la décision attaquée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), doit admettre partiellement le recours, annuler la décision entreprise et renvoyer le dossier à l'OAIE afin qu'il réunisse par tous les moyens utiles – notamment si nécessaire en diligentant lui-même une expertise – les informations nécessaires à une évaluation de la capacité de travail du recourant dans des activités de substitution raisonnablement exigibles, fixe le taux d'invalidité sur la base d'une comparaison actualisée des revenus et prononce, après avoir accordé au recourant le droit d'être entendu, une nouvelle décision. Dans ce contexte, nonobstant le premier rejet de prestations entré en force en 2008, l'autorité inférieure examinera non seulement les conséquences sur la santé et la capacité de travail du carcinome mais également l'évolution des atteintes au rachis qui semblent s'être aggravées.

11.

11.1 Compte tenu de l'issu du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de 400 francs déjà versée par le recourant lui sera restituée sur le compte bancaire qu'il aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

11.2 A teneur de l'art. 64 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En l'espèce, le recourant s'est défendu seul, sans faire appel à un mandataire, et il n'est pas démontré qu'il a subi de ce fait des frais considérables. Partant, il ne lui est pas alloué de dépens.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 11 juillet 2011 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction et nouvelle décision dans le sens du considérant 10.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs, déjà versée par le recourant, lui sera restituée sur le compte qu'il aura désigné une fois le présent arrêt entré en force.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

Le président du collège :

La greffière :

Francesco Parrino

Valérie Humbert

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :