



Cour III
C-5539/2012

Arrêt du 23 septembre 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Beat Weber, Daniel Stufetti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 30 juillet 2012).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____, né en 1949, a travaillé en Suisse comme saisonnier de 1969 à 1971 et a cotisé à ce titre aux assurances sociales suisses. Il compte également plusieurs années d'affiliation aux assurances sociales espagnoles. Sa dernière activité en Espagne a été celle de chef de cuisine en milieu scolaire. Ayant cessé toute activité lucrative depuis le 26 avril 2002 pour raison de santé, il a présenté une demande de rente d'invalidité suisse en date du 12 septembre 2002 (cf. pce 73).

Par décision du 30 novembre 2007 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) lui a alloué un quart de rente d'invalidité pour une perte de gain de 44% à compter du 1^{er} juin 2002 (date de l'entrée en vigueur des Accords bilatéraux avec l'Union européenne permettant l'exportation des quarts de rente). L'OAIE s'est basé sur la prise de position du Dr B._____ de son service médical du 3 juillet 2007 ayant retenu une incapacité de travail dans sa profession de cuisinier de 70% et de 20% dans une activité de substitution adaptée depuis mai 2001. Contre cette décision l'intéressé interjeta recours auprès du Tribunal de céans le 9 janvier 2008 concluant à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 65% au moins en adéquation avec l'invalidité qui lui était reconnue en Espagne et joignit à l'appui de ses conclusions une documentation médicale. Par arrêt C-480/2008 du 18 août 2010 (pce 73) ce tribunal admit partiellement le recours et renvoya le dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction invitant l'administration à se faire produire par l'organe de liaison espagnol des rapports détaillés relatifs aux traitements suivis par l'assuré, en particulier sur le plan urologique, psychiatrique, orthopédique et vasculaire jusqu'à la date de la décision attaquée et de là à la date d'éventuels rapports de fin de traitement afin que le service médical puisse se prononcer sur l'incidence de l'évolution des pathologies sur la capacité de travail résiduelle et les éventuelles activités de substitution à définir avec précision compte tenu de toutes les limitations fonctionnelles (consid. 7). Le tribunal releva notamment que

"quant à savoir dans quelle mesure la capacité de travail résiduelle du recourant a évolué entre mai 2001 et la date de la décision litigieuse, force est de constater que les avis exprimés en l'espèce ne sont pas concordants. Ainsi, le service médical de l'OAIE retient-il bien une capacité de travail dans une activité adaptée répartie sur la journée entière, mais avec un rendement diminué de 20% depuis mai 2001. Si cette conclusion correspond bien à l'appréciation contenue dans le rapport E 213 du 7 novembre 2002, ce n'est plus le cas par la suite. En effet, les rapports médicaux établis en Espagne dès

2004/05 font état d'une péjoration dans le sens d'une évolution chronique de l'atteinte psychiatrique, vu le temps écoulé et l'absence de réponse thérapeutique (voir pces 43, 65, 66, 72). Selon ces documents, ce constat vaut dès 2005, réduisant davantage encore la capacité de travail dans une activité de substitution. Le service médical de l'OAIE n'a pas pris note de cette évolution, retenant une même incidence sur la capacité de travail résiduelle entre 2001/2002 et la date de la décision litigieuse, le 30 novembre 2007. Par ailleurs, il convient de relever qu'avec l'acte du recours ont été produit divers documents médicaux dont un bref rapport de traitement émanant du service d'urologie de l'HUGV, daté du 20 novembre 2007, selon lequel l'assuré était soumis à un traitement lourd avec radiothérapie pour un cancer de la prostate. Ce rapport ne contient toutefois aucune précision quant à la date du diagnostic posé et du début de la thérapie et ne permet dès lors pas d'écarter d'emblée l'hypothèse selon laquelle une nouvelle aggravation de l'état intervenue durant la période soumise à l'examen de l'autorité de céans (...) aurait pu avoir une influence relevante sur le droit à la rente. Or, ayant été invitée à déposer sa réponse au recours, l'autorité inférieure, malgré une prolongation de délai demandée et obtenue, n'a de toute évidence pas soumis ce fait médical nouveau à son service médical pour prise de position. Dans ces circonstances, l'autorité de céans ne saurait statuer à satisfaction de droit dans le cas présent. Sur le vu de ce qui précède, il se justifie de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire" (consid. 6.4).

B.

B.a Suite à l'arrêt précité rendu, l'OAIE requit de l'organisme de liaison par demandes des 17 novembre 2010 et 22 mars 2011 la documentation médicale requise à compter du 30 novembre 2007 [et non antérieurement] ainsi que d'éventuels rapports de fin de traitement (pces 75 s.). L'OAIE porta ainsi au dossier notamment:

- un rapport médical du Dr C._____ daté du 28 mars 2011, faisant état en résumé d'un rachis arthrosé douloureux à la palpation, d'une claudication vasculaire neurologique induisant une limitation du périmètre de marche, d'une dépression réactive, concluant à une aggravation de l'état général depuis 2006, à un status dépendant de l'aide de tiers, notant un trouble de la mémoire avec désorientation spatio-temporelle et idées suicidaires, concluant à l'existence de lésions de caractère organique chronique et irréversibles (pce 78),
- un rapport médical du Dr D._____ daté du 11 février 2011 notant un status positif sans traitement post pathologie oncologique de la prostate traitée du 5 novembre au 21 décembre 2007 (pce 80),

- un rapport de séjour hospitalier du 21 au 31 janvier 2011 pour un contrôle clinique et un drainage d'un abcès pelvien, notant un status conscient, orienté et collaborant (pce 81),
- un rapport psychiatrique du Dr E. _____ daté du 4 mars 2011 faisant état d'un suivi depuis le 29 octobre 2001, indiquant un cadre dépressif chronique en traitement médicamenteux et par psychothérapie d'appui, posant le diagnostic de trouble dépressif persistant et de dysthymie (pce 83),
- un rapport d'endoscopie du 3 août 2010 posant le diagnostic de suspicion de rectite actinique (pce 84).

B.b Sur la base de la documentation reçue, le Dr F. _____ de l'OAIE, dans son rapport du 20 mai 2011, fit état de rapports médicaux ne permettant pas de répondre aux exigences de l'arrêt du Tribunal de céans et indiqua qu'il y avait de plus lieu de faire établir une appréciation du status psychiatrique par un spécialiste de confiance (pce 88). Dans le même sens le Dr G. _____, psychiatre pour l'OAIE, requit un rapport psychiatrique détaillé avec un volet neuropsychologique et des indications quant à d'éventuelles hospitalisations pour motifs psychiatriques (pces 91 s.). Sur la base de la documentation médicale nouvellement reçue, notamment d'un rapport E 213 daté du 10 octobre 2011 mettant l'accent sur un cadre dépressif pour raison de santé et une impossibilité de faire quelque travail sans surveillance, soit une incapacité de travail absolue (pce 94) et d'un rapport psychiatrique daté du 28 février 2012 établi par le Dr H. _____ (pce 103), le Dr G. _____ de l'OAIE indiqua, reprenant les éléments du rapport psychiatrique, que l'assuré présentait une dysthymie, dont l'évolution était caractérisée par la survenue d'épisodes dépressifs plus marqués (majeurs) qui pouvaient conduire passagèrement à une incapacité de travail plus importante, que dans l'ensemble la situation était sans changement, le traitement médicamenteux n'avait pas été modifié depuis le mois d'octobre 2001, qu'il n'y avait pas de composante organique et qu'on ne notait pas d'hospitalisation pour motifs psychiatriques (pce 106).

B.c Par projet de décision daté du 15 mai 2012 (validé le 22 mai, date d'envoi effective non connue), l'OAIE informa l'intéressé que suite au complément d'instruction il était apparu que depuis le 1^{er} mai 2002, avec paiement de la rente à compter du 1^{er} juin 2002, il existait bien un droit à un quart de rente et souligna que les décisions de la sécurité sociale

étrangère ne liaient pas l'assurance-invalidité suisse (pce 107). L'OAIE rendit la décision afférente en date du 30 juillet 2012 (pce 111).

En date du 2 août 2012 la Caisse de compensation (CdC) reçut une communication de l'Ambassade de Suisse à Madrid selon laquelle l'intéressé s'était opposé au projet de décision en date du 23 juillet 2012 (pce 114). La CdC informa l'assuré par pli simple daté du 21 août 2012 qu'il devait, s'il le souhaitait, interjeter recours contre la décision qui avait été rendue en date du 30 juillet 2012 dans les 30 jours dès sa réception pour faire valoir ses prétentions, un recours contre un projet de décision n'étant pas recevable (pce 115).

C.

Par acte du 8 octobre 2012 l'intéressé interjeta recours auprès du Tribunal de céans. Il indiqua que selon la communication reçue le 10 septembre 2012 [apparemment la lettre du 21 août 2012] il devait interjeter recours dans les 30 jours à compter de la décision du 30 juillet 2012 mais qu'il n'avait jamais reçu celle-ci. Au fond il fit notamment valoir une détérioration de son état de santé et que son degré actuel d'invalidité était de 65%. Il se référa à une nouvelle documentation médicale transmise à l'OAIE (pce TAF 1), soit notamment:

- un rapport d'hospitalisation du 3 au 21 janvier 2011 pour un abcès pelvien,
- un rapport d'urgence pour un abcès appendiculaire du 19 février 2011.

Une enquête postale initiée par l'OAIE ne permit pas de retrouver trace de l'envoi de la décision du 30 juillet 2012 (pces 122 s.).

D.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE transmet les nouveaux documents médicaux à la Dresse I._____, oncologue / hématologue, de l'OAIE pour prise de position. Dans sa réponse du 10 janvier 2013 ce médecin indiqua, après mention d'un réexamen complet du dossier, qu'en un premier temps l'intéressé avait subi des atteintes à sa santé de type psychiatrique puis plusieurs affections somatiques dont certaines tumorales avec séquelles qui devaient être prises en considération dans l'évaluation de la capacité de travail, ce qui n'avait pas été fait. Elle indiqua sur la base de la nouvelle documentation médicale qu'il était nécessaire de revoir la position de l'OAIE en maintenant initialement la prise de position

du Dr B. _____ datée du 3 juillet 2007 et qu'il y avait lieu de retenir dès le 16 novembre 2010 une incapacité de travail de 100% dans la dernière activité et de 70% pour toute autre activité pour raisons principalement somatiques à savoir un abcès de la fosse iliaque droite puis une mise en évidence d'un cancer du caecum traité par chirurgie puis chimiothérapie (pce 127).

Par réponse au recours du 23 janvier 2013 l'OAIE indiqua que suite à l'arrêt du Tribunal de céans du 18 août 2010 une nouvelle documentation médicale avait été apportée et qu'il était apparu de celle-ci que l'état de santé de l'intéressé s'était effectivement aggravé, qu'en l'occurrence il présentait à compter du 16 novembre 2010 une pleine incapacité de travail pour toutes activités. Il indiqua par contre que l'évaluation médicale de la capacité de travail jusqu'à cette date était confirmée tant sur le plan psychiatrique que somatique, à savoir une incapacité de travail de 100% comme chef cuisinier et une incapacité de travail de 20% dans des activités plus légères depuis le mois de mai 2001 jusqu'au 16 novembre 2010 déterminant un taux d'invalidité de 44% et fondant le droit à un quart de rente d'invalidité. L'OAIE précisa que le droit à la rente entière pour un taux d'invalidité d'au moins 70% débutait le 16 février 2011, soit trois mois après l'aggravation constatée au 16 novembre 2010. L'OAIE conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier pour nouvelle décision au sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} février 2011 (pce TAF 6).

E.

Par ordonnance du 28 janvier 2013 le Tribunal de céans invita le recourant à se déterminer sur la proposition de l'OAIE de lui accorder une rente entière à compter du 1^{er} février 2011 et l'informa que sans réponse de sa part le juge se prononcerait sur la base du dossier sans être lié par les conclusions des parties (pce TAF 7).

F.

Par réplique du 5 mars 2013 le recourant fit valoir son accord à la reconnaissance d'une rente entière à compter du 1^{er} février 2011 mais indiqua que son incapacité totale était antérieure à cette date et qu'il y aurait lieu de lui accorder la rente y relative pour la période antérieure (pce TAF 9).

G.

Par ordonnance du 8 août 2013 le Tribunal de céans a informé le recourant qu'il envisageait d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision entreprise du 30 juillet 2012, par laquelle l'autorité inférieure avait

alloué un quart de rente au recourant depuis le 1^{er} juin 2002, et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, afin que celle-ci procède à une instruction complémentaire. À la même occasion, le Tribunal de céans a mentionné que, suite à ce renvoi, la question du droit à la rente et, cas échéant, celle de son taux et de la période d'octroi demeuraient ouvertes, de sorte que l'instruction complémentaire pourrait aboutir aussi bien à une augmentation de la prestation, qu'à la confirmation de la prestation octroyée précédemment ou à sa suppression, ce qui porterait préjudice au recourant. Le Tribunal de céans, avec copie pour information à l'autorité inférieure, a donc invité le recourant à se prononcer dans un délai de 10 jours sur la suite qu'il entendait réserver à la procédure, en particulier, à communiquer s'il entendait retirer son recours (pce TAF 10). Le recourant a par acte du 24 août 2013 répondu maintenir le recours (pce TAF 13).

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). Une décision est réputée notifiée dès qu'elle est entrée en possession de son destinataire ou de son représentant (ATF 122 III 320, consid. 4b, 117 V 132 consid. 4a). Il incombe à l'autorité qui a rendu la décision de prouver qu'elle est bien parvenue à son destinataire et au recourant d'apporter la preuve que le recours a été interjeté en temps utile (ATF 99 Ib 359, consid. 2). En l'espèce, l'autorité inférieure n'a pas pu démontrer quand la décision du 30 juillet 2012 a été notifiée au recourant (la réclamation auprès de la poste n'a pas abouti, pce 122 et 123). D'autre part, le recourant conteste l'avoir reçue et mentionne en avoir eu connaissance le 10 septembre 2012 (vraisemblablement suite au courrier du 21 août 2012, pce 115). Le recours ayant été déposé le 8 octobre 2012 auprès de l'Ambassade suisse à Madrid, il convient de considérer que le délai légal de 30 jours, à compter du 10 septembre 2012, a été respecté. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (et 52 PA), le recours est donc recevable.

2.

2.1 L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

2.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31

mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_287/2012 du 15 novembre 2012 consid. 2.2).

2.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. L'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

2.4 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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 vi-

gueur 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).

3.

3.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. Toutefois les dispositions de la 5^e révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive que les dispositions citées ci-après sont également celles en vigueur jusqu'à cette date.

3.2 En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 30 juillet 2012, 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. 2.1 avec les réf.). Plus particulièrement il lui appartient sur la base des réquisits de son arrêt du 18 août 2010 d'examiner l'apport et la pertinence du complément d'instruction effectué.

4.

Selon les normes applicables, 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; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI et auprès d'un organisme d'assurances sociales au sein de l'UE pendant plus de 3 ans. Il remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

5.

5.1 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 al. 1 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.

5.2 Un 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 (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGa) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

5.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

5.4 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui 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 du 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

5.5 Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

5.6 En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.301) lequel prévoit à l'alinéa 1 que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soin découlant de l'invalidité d'un s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable.

6.

6.1 Le recourant a travaillé jusqu'en avril 2002 comme chef cuisinier en milieu scolaire. Il n'a plus ensuite exercé d'activité pour raisons de santé.

6.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGa, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré.

6.3 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

7.

7.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

7.2 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 352 consid. 3a et les références). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre

parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

8.

8.1 En l'espèce il appert de la décision du 30 novembre 2007 et de celle du 30 juillet 2012 que l'intéressé présente depuis mai 2001 une incapacité de travail de 70% dans son activité de chef de cuisine et de 20% dans une activité adaptée déterminant une perte de gain de 44%. Selon le service médical de l'autorité inférieure, l'état de santé de l'intéressé s'est par la suite détérioré, à compter du 16 novembre 2010, en raison essentiellement d'atteintes à la santé de type somatique oncologique qui ont entraîné une incapacité de travail totale même dans des activités de substitution. Il en découlerait le droit à une rente entière à partir du 1^{er} février 2011, soit trois mois après cette aggravation.

8.2 Dans l'arrêt du 18 août 2010 le Tribunal de céans avait renvoyé la cause à l'autorité inférieure pour deux motifs. Le premier avait trait à la non prise en compte des rapports médicaux établis en Espagne des années 2004/05 qui faisaient état d'une péjoration de l'état de santé dans le sens d'une évolution chronique de l'atteinte psychiatrique, vu le temps écoulé et l'absence de réponse thérapeutique. Selon les documents aux actes ce constat valait dès 2005, réduisant la capacité de travail de l'intéressé dans une activité de substitution, de sorte que l'incapacité initiale ne pouvait être confirmée. Le deuxième avait trait à l'évolution des atteintes à la santé depuis la décision du 30 novembre 2007 vu que la documentation médicale jointe au recours afférent faisait état d'un status non stabilisé.

8.3

8.3.1 Le Tribunal de céans constate que l'OAIE dans ses requêtes à l'organe de liaison espagnol des 17 novembre 2010 et 22 mars 2011 n'a demandé la documentation médicale de l'assuré qu'à compter du 30 no-

vembre 2007, contrairement à ce qu'il devait faire vu le renvoi du dossier pour complément d'instruction sur les années 2004/05 et 2007 et suivantes. Les documents reçus ne lui ont dès lors pas permis d'éclairer la situation de santé de l'assuré et son évolution au tournant des années 2004/05. Les instructions contenues dans l'arrêt du 18 août 2010 n'ayant pas été suivies, il s'ensuit qu'un renvoi du dossier à l'autorité inférieure s'impose à nouveau déjà pour ce motif.

8.3.2 La documentation relative à la période postérieure au 30 novembre 2007 est aussi incomplète et ne permet pas un examen approfondi de la capacité de travail de l'intéressé. Dans son rapport du 20 mai 2011, le Dr F. _____ a indiqué que les documents requis ne permettaient pas un examen convaincant. Dans ses rapports des 7 juillet et 21 décembre 2011 le Dr G. _____ a exposé les mêmes réserves et exigé un nouveau rapport psychiatrique. Le rapport psychiatrique du Dr J. _____ du 28 février 2012, qui a été versé aux actes suite à la demande du Dr G. _____, est trop succinct pour fonder un avis circonstancié sur la capacité de travail de l'intéressé et ne répond pas aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 7.2 ci-dessus).

8.3.3 Le Tribunal de céans ne peut pas non plus confirmer le droit à une rente entière à partir du 1^{er} février 2011 et suivre la proposition de l'autorité inférieure. D'une part, selon la jurisprudence (ATF 135 V 148 consid. 5.2), une autorité judiciaire statuant avant le Tribunal fédéral doit autant que possible éviter de se prononcer matériellement sur une période ultérieure du droit à la rente contesté (en l'espèce à partir du 16 novembre 2010) lorsqu'elle renvoie la cause à l'administration pour des investigations complémentaires portant sur la période initiale (in casu de 2001 à fin novembre 2010). Cette jurisprudence se fonde notamment sur l'idée que l'examen du droit à des prestations dans une période initiale peut éventuellement mettre à jour des éléments nouveaux qui remettraient en question le jugement portant sur la période ultérieure (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5110/2007 du 16 octobre 2009 consid. 9.2.3.4). D'autre part, la documentation oncologique qui a déterminé la Dresse I. _____ à reconnaître une incapacité de travail de 100% à compter du 16 novembre 2010 est assez sommaire et se limite à formuler un diagnostic (cancer du caecum traité par chirurgie puis chimiothérapie), sans toutefois donner d'indication sur une éventuelle capacité de travail de l'intéressé.

8.3.4 Vu ce qui précède il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 30 juillet 2012 et de renvoyer la cause à l'OAIÉ

en application de l'art. 61 PA afin qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision.

9.

9.1 Le recourant ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

9.2 Le recourant ayant agi sans être représenté et n'ayant pas eu des frais nécessaires particulièrement élevés, il n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FI-TAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision de l'OAIE du 30 juillet 2012 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens du consid. 8.3.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

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 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 :