



Arrêt du 19 octobre 2011

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège,
Franziska Schneider, Michael Peterli, juges,
Delphine Queloz, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître José Nogueira Esmoris,
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 15 juillet 2010.

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A. _____, né en 1960, a travaillé en Suisse dans la construction et a versé des cotisations suisse à l'AVS/AI de 1985 à 1989 (pce 111). De retour en Espagne, il a eu diverses activités et a exercé en dernier lieu celle de plombier-installateur de fin juillet 1996 à début septembre 1998. Il a ensuite été au chômage et en incapacité de travail (pces 6, 8).

B.

Le 27 décembre 2002 il a déposé une première demande de prestations d'invalidité suisse auprès de l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) qui a été rejetée par décision de l'OAIE du 2 février 2004 relevant une capacité de travail entière dans des activités plus légères permettant la réalisation d'un gain excluant le droit à une rente (pce 19). Le service médical de l'OAIE avait constaté en effet sur la base du dossier que l'intéressé, souffrant d'une cirrhose hépatique pour cause d'éthylisme chronique avec abstinence d'une année, de varices œsophagiennes et de cellulite à la jambe gauche, présentait une incapacité de travail de 70 % en tant que plombier depuis le 8 mars 2002, mais de 0 % dans des activités adaptées (pce 18), ce qui entraînait une invalidité de 20.70 % selon la comparaison de salaires sans et avec invalidité. L'intéressé n'était également pas reconnu en incapacité selon la législation espagnole (pce 20).

C.

Le 12 mai 2004 l'intéressé a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité. Cette demande a été rejetée par décision de l'OAIE du 15 février 2005 (pce 42) confirmée par décision sur opposition du 26 août 2005 (pce 49) relevant une capacité de travail à 100 % pour des activités lucratives adaptées à son état de santé, ce qui entraînait une perte de gain de 21 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (pce 41). Le médecin du service médical de l'OAIE avait posé les diagnostics de varices œsophagiennes, de crises comitiales, d'un syndrome variqueux des membres inférieurs, de dépendance alcoolique avec status d'abstinence de 12 mois et d'hépatite chronique d'origine éthylique et avait relevé que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis la précédente appréciation de novembre 2003 (pce 39).

D.

Par correspondance du 27 février 2006, l'intéressé a déposé une

troisième demande de prestations d'invalidité directement auprès de l'OAIE faisant valoir une aggravation irréversible de son état de santé (pce 50). Dans le rapport du 22 mai 2006 (pce 51), le médecin de l'OAIE avait retenu le diagnostic d'hépatopathie alcoolique, avec varices œsophagiennes et crises comitiales, complétée, sans répercussion sur la capacité de travail, de cholélithiase. Il avait précisé que les éléments fournis ne permettaient pas de conclure à une modification de l'état de santé par rapport à la précédente demande et que par conséquent les prises de position antérieures des médecins conseils de l'OAIE restaient d'actualité. Par décision du 6 juin 2006 (pce 52), l'OAIE n'a pas examiné la troisième demande de rente faisant valoir qu'il n'avait pu être établi de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer le droit aux prestations depuis le rejet de la deuxième demande.

L'intéressé a formé opposition contre cette décision le 27 juin 2006 concluant à l'annulation de la décision et à l'entrée en matière sur la demande de rente (pce 54). Par décision sur opposition du 16 janvier 2007 (pce 58), l'OAIE confirma sa précédente décision. Il fit valoir que dans la procédure d'opposition précédente l'assuré n'avait pas fourni d'éléments propres à modifier sa décision, que le rejet de sa demande avait été confirmé par une décision sur opposition entrée en force et que la nouvelle demande n'avait pas permis de conclure à une modification de l'état de santé de l'assuré par rapport à la demande précédente comme le requiert l'art. 87 al. 3 RAI.

Par acte du 26 février 2007 (pce 60), l'intéressé a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité vu la dégradation de son état de santé.

Par arrêt du 13 juin 2008 (pce 70), le Tribunal administratif fédéral a rejeté le recours au motif que les affections répertoriées dans les documents produits correspondaient à celles qui avaient déjà été diagnostiquées dans le cadre des deux précédentes demandes de prestations. Le recourant n'avait donc pas apporté la preuve d'une détérioration manifeste de son état de santé.

E.

Le 15 janvier 2010, A._____ a présenté une quatrième demande de prestations d'invalidité auprès de l'INSS qui l'a transmise à l'OAIE (pces 72 à 75).

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAIE a versé les pièces suivantes au dossier, entre autres;

- le questionnaire à l'assuré daté et signé du 29 mars 2010 duquel il ressort que l'assuré a travaillé dans le domaine de la plomberie et du chauffage, 9 heures par jour, 45 heures par semaine, pour un salaire mensuel brut de EUR 800.--, jusqu'au 4 septembre 1998, date de la fin de son contrat et qu'il a été au chômage du 5 septembre 1998 au 3 février 2001 (pce 79);
- le questionnaire pour l'employeur, non daté et non signé, sur lequel l'assuré a fait mention qu'il a quitté l'entreprise le 4 septembre 1998 et que par la suite il a été au chômage (pce 80);
- le rapport médical du 29 août 2006 du Dr B._____ qui pose les diagnostics de cirrhose d'origine éthylique et d'hypertension portale et qui recommande l'abstinence totale des boissons alcoolisées (pce 81);
- le rapport médical manuscrit du 14 février 2006 du Dr C._____, en grande partie illisible, qui fait notamment mention d'hépatopathie éthylique chronique depuis février 2002 et d'antécédents de crises comitiales (pce 83);
- le rapport médical manuscrit du 28 octobre 2009 rédigé par le Dr D._____, en grande partie illisible, indiquant notamment un éthylysme chronique, une hépatopathie éthylique et une polyneuropathie des membres supérieurs-inférieurs avec troubles de la marche et précisant que l'assuré est en incapacité de travail totale pour tout travail (pce 84);
- le rapport de consultation externe d'hépatologie du 7 février 2007 du Dr B._____ qui diagnostique une cirrhose hépatique causée par l'alcool, une hypertension portale avec varices œsophagiennes de grade I et une gastropathie (pce 85);
- le rapport d'urgence en écriture manuscrite illisible (pce 88);
- le rapport du séjour hospitalier du 7 au 24 décembre 2009 daté du 23 décembre 2009 des Drs E._____ et F._____ qui indiquent que l'assuré a été admis en raison d'une anémie sévère probablement liée à une gastropathie antrale et à un ulcère gastrique sans preuve d'un saignement actif et avec biopsies négatives pour la

malignité et qui diagnostiquent une cirrhose hépatique éthylique, un ulcère gastrique antral, une gastropathie d'hypertension portale, une anémie sévère secondaire A 1 et A 2, des varices œsophagiennes de grade II et une décompensation hydropique (pce 89);

- le rapport E 213 du 5 février 2010 établi par la Dresse G._____, médecin de l'INSS, diagnostiquant un alcoolisme chronique, une hépatite éthylique chronique (2001), une cirrhose, des varices œsophagiennes de grade II, une gastropathie d'hypertension portale, un ulcère gastrique antral et une anémie sévère secondaire, mentionnant une abstinence de 5 mois, un aspect asthénique avec peau pâle, une hernie ombilicale géante, une légère déficience cognitive et une polyneuropathie, et fixant une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité de plombier ainsi que dans toutes activités adaptées après le 4 décembre 2009 (pce 91).

F.

Dans son rapport du 2 mai 2010 (pce 93), le Dr H._____, médecin du service médical de l'OAIE, a retenu comme diagnostic principal une hépatopathie sur alcoolisme avec cirrhose et varices œsophagiennes stade II, et comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, un status après hémorragie digestive haute sur varices et gastrite chronique et un alcoolisme en rémission sans trouble psychiatrique associé. Il a précisé que l'assuré alternait des périodes d'abstinence et de dépendance à l'alcool comme auparavant sans trouble psychiatrique significatif associé et que mis à part une décompensation sur hémorragie digestive haute, pour laquelle il a été hospitalisé en décembre 2009 la situation étant redevenue normale sans anémie, il n'y avait pas eu de changement significatif depuis la décision de 2007. Il a ainsi fixé une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 70 % dès le 8 mars 2002 et une pleine capacité de travail dans une activité de substitution dès le 8 mars 2002. Il a proposé comme activités de substitution celles de surveillant de parking ou de musée, de vendeur par correspondance ou de billets, de réparateur de petits appareils et articles domestiques, de caissier et dans les activités simples, sans qualification spéciale de bureau et administration.

G.

Par projet de décision du 4 mai 2010 (pce 94), l'OAIE a informé A._____ qu'il ressortait du dossier qu'il existait, dans l'exercice de la dernière activité lucrative, à cause de l'atteinte à la santé, une incapacité de travail de 70 % mais qu'en revanche l'exercice d'une activité plus

légère était exigible à 100 % avec une perte de gain de 21 %, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

H.

Le 7 juin 2010 (pce 106), A._____ a formé opposition, par le biais de son mandataire, contre le projet de décision du 4 mai 2010. Il a argué que l'Espagne lui avait reconnu une invalidité permanente totale basée sur une incapacité de travail de 100 %. Il a produit des documents déjà au dossier.

I.

Par décision du 15 juillet 2010 (pce 108), l'OAIE a rejeté la demande de prestations d'invalidité présentée par A._____ en reprenant la motivation du projet de décision.

J.

Le 9 août 2010 (TAF pce 1), A._____ a interjeté recours, par l'intermédiaire de son mandataire, contre la décision du 15 juillet 2010 concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière, d'un trois quart de rente, d'une demi-rente ou d'un quart de rente. Il a argué que l'Espagne lui avait reconnu une incapacité de travail totale et que les affections dont il souffre sont lourdes et l'empêchent de travailler. Il n'a produit aucune pièce.

K.

Par évaluation de l'invalidité selon la méthode générale (pce 113), l'OAIE a calculé, en date du 22 novembre 2010, que le recourant subissait du fait de son atteinte à la santé une diminution de sa capacité de gain de 22 %, comparaison année 2002, ou de 23 %, comparaison année 2008.

Par réponse du 29 novembre 2010 (TAF pce 5), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Le 22 décembre 2010 (TAF pce 8), le recourant, par le biais de son représentant, a répliqué avec les mêmes arguments que ceux de son recours, sans produire de document.

L.

Par décision incidente du 26 janvier 2011 (TAF pce 9), le Tribunal administratif fédéral a impartit au recourant un délai de 30 jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une

avance de Fr. 400.-- sur les frais de procédure présumés. A. _____ s'est acquitté dudit montant en date du 10 février 2011 (TAF pce 12).

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), 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 contestées 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).

1.2. En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.3. 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.

1.4. 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.5. En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

2.1. L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. À cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II, qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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 (RS 0.831.109.268.1), 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 États (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

2.2. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États 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 exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

2.3. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

3.

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 des assurances 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 une rente de l'assurance invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

5.

5.1. Le recourant a présenté sa quatrième demande de rente le 15 janvier 2010, une troisième demande de rente n'ayant pas été examinée par décision sur opposition du 16 janvier 2007, confirmée par arrêt du Tribunal de céans le 13 juin 2008, entré en force et la précédente demande ayant été rejetée par décision sur opposition du 26 août 2005, également entrée en force.

5.2. En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al.

3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

5.3. Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

5.4. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration – comme en l'espèce - est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05).

6.

Le recourant conteste la validité matérielle de la décision de l'OAIE du 15 juillet 2010, dans la mesure où il prétend avoir droit à une rente entière, un trois quart de rente, une demi-rente ou à un quart de rente d'invalidité.

7.

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

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 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 peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AI pendant plus de trois années au total (pce 111) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si il est invalide au sens de la LAI.

8.

8.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 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'art. 4 al. 2 LAI 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.

8.2. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que 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.

8.3. 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. 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.

8.4. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

8.5. Par incapacité de travail, l'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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 al. 1 LPGGA 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. 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 LPGGA).

9.

Dans la période en examen, du 16 janvier 2007, date de la dernière décision entrée en force, au 15 juillet 2010, date de la décision attaquée, le recourant n'a exercé aucune activité lucrative.

En l'absence de données économiques, il faut donc se fonder sur la documentation médicale. En effet, selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

10.

10.1. 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).

10.2. La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 351 consid. 3b/cc et les références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

11.

11.1. Il ressort des pièces médicales au dossier que le recourant souffre essentiellement d'hépatopathie sur alcoolisme, de cirrhose, de varices œsophagiennes et d'un status après hémorragie digestive haute sans trouble psychiatrique.

11.2. La dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités; arrêt 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

11.3. En ce qui concerne les conséquences des affections diagnostiquées sur la capacité de travail, le médecin de l'INSS a considéré, dans le rapport E 213 du 5 février 2010, que le recourant ne présentait plus de capacité de travail dans son activité habituelle de plombier et dans une activité de substitution et qu'une incapacité totale avait été reconnue depuis le 4 décembre 2009.

11.4. De son côté, le médecin de l'OAIE, dans sa prise de position du 2 mai 2010, a considéré qu'en raison des suites de sa dépendance à l'alcool, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancien métier. Il a également précisé que la décompensation sur hémorragie digestive haute en décembre 2009 avait été soignée, la situation étant redevenue normale sans anémie et avec un foie fonctionnant de nouveau normalement. Relevant que l'assuré alterne des périodes d'abstinence et de dépendance à l'alcool comme auparavant sans toutefois de trouble psychiatrique significatif associé, il considère donc que, mis à part cette décompensation, il n'y a pas eu de changement significatif par rapport aux années précédentes. Ce médecin a donc estimé l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 70 % dès le 8 mars 2002 et a reconnu une capacité de travail complète dans une activité de substitution pour la même date.

11.5. Au vu des affections diagnostiquées, les médecins de l'OAIE ont considéré que l'assuré présente une incapacité de travail dans son ancien métier et ce depuis sa première demande en 2002. L'état de santé du recourant, lié en grande partie à sa dépendance alcoolique, ne s'est toutefois pas détérioré de façon telle à engendrer de nouvelles pathologies. En particulier, comme relevé dans le rapport E 213 du 5 février 2010, l'état psychique du recourant ne justifie pas la reconnaissance de l'existence d'une pathologie psychiatrique : le recourant est ouvert avec un discours cohérent, présente une légère détérioration psychique mais pas de symptômes psychotiques. Les autres systèmes, en particulier circulatoire, locomoteur et neurologique ne présentent pas de déficits.

11.6. Le Tribunal peut donc faire sienne l'appréciation de l'OAIE et de son service médical et considérer que le recourant présente en tout cas une capacité de travail de 100% dans une activité de substitution dès le 8 mars 2002 telle que celles énumérées par le médecin de l'OAIE à partir de la même date.

12.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

12.1. La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

12.2. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des

statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6, et 137 V 71).

13.

13.1. En l'espèce, l'autorité inférieure s'est fiée aux données statistiques suisses et non à celles espagnoles, lesquelles ne présentent pas – faute d'en connaître la méthodologie – la même fiabilité et représentativité que celles disponibles en Suisse (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 232/06 du 25 octobre 2006 consid. 4 et arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3053/2006 du 4 septembre 2008 consid. 10.2.2). Ce procédé est correct d'autant plus que le recourant n'a plus exercé d'activité après 1998. En effet, l'important dans l'évaluation de l'invalidité est que les deux termes de la comparaison, à savoir le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé, soient équivalents, c'est à dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

13.2. Selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, c'est-à-dire lorsque les conditions de santé peuvent être considérées comme stabilisées (ATF 128 V 174 et 129 V 222).

Or, le recourant présente une capacité de travail de 100 % dans des activités de substitution depuis le 8 mars 2002. Il s'agit donc en l'espèce d'examiner si, entre le 16 janvier 2007, date de la dernière décision entrée en force et le 15 juillet 2010, date de la décision attaquée, il existe une perte de gain qui justifierait l'octroi d'une rente.

13.3. En l'espèce, sur la base des données de l'enquête suisse des salaires publiées par l'OFS pour 2002 (Tableau TA1, hommes, niveau de qualification 3), le salaire mensuel moyen d'un salarié dans le domaine de

la construction avec des connaissances professionnelles spécialisées était de Fr. 5'284.--. Après adaptation au nombre d'heures effectuées en 2002 dans le secteur concerné, à savoir 41.9 heures (par rapport aux 40 heures de base, La Vie économique 5-2011, B 9.2), on obtient un revenu sans invalidité de Fr. 5'535.--. Ce salaire doit être indexé à 2003 (évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, OFS, 1976-2010, base 1939 = 100, 2002 = 1933 et 2003 = 1958), on obtient ainsi un revenu mensuel sans invalidité de Fr. 5'606.-- (5'535 : 1933 x 1958).

13.4. Le revenu d'invalidé tiré des données statistiques, doit tenir compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail. Un nombre suffisant d'entre elles permettent des activités légères à moyennement lourdes, assise ou avec changement de position. Ces activités sont donc adaptées au handicap du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise à jour initiale.

13.5. Les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE sont des activités simples et répétitives que l'on trouve dans le secteur des services fournis aux entreprises (2002, hommes, niveau de qualification 4 était de Fr. 4'378.--), dans le commerce en général (Fr. 4'359.--) et de détail (Fr. 4'234.--) et dans les activités simples, sans qualification spéciale de bureau et administration (Fr. 4'139.--), soit en moyenne Fr. 4'277.--. Ce montant doit ensuite être adapté à l'horaire usuel dans le secteur tertiaire en 2003 soit une moyenne de 41.8 heures (par rapport aux 40 heures de base, la Vie économique 5-2011, B. 9.2). soit Fr. 4'469.-- et être indexé à 2003 soit Fr. 4'526.-- (4'469 : 1933 x 1958). On obtient ainsi un revenu mensuel pour un travail à 100 % avec un abattement de 5 % pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré de Fr. 4'299.--.

13.6. En procédant à la comparaison des deux salaires, selon la formule $[(5'606 - 4'299) \times 100 : 5'606]$, l'on obtient une perte de gain de 23.31 %, correspondant à une capacité de travail de 100 % dans une activité de substitution, valeur qui n'ouvre pas le droit à une rente. Cette valeur est restée pratiquement inchangée au cours des années 2003-2010. En effet, en procédant à une indexation pour 2008 et 2010, la perte de gain se situe à moins de 25 %.

14.

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en

assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et réf. cit.). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, 1989 p. 325 consid. 2b, 1982 p. 34 consid. 2c).

Par conséquent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

15.

15.1. Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

15.2. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page 19)

