



Cour III
C-6043/2010

Arrêt du 2 décembre 2011

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège,
Francesco Parrino, Beat Weber, juges,
Delphine Queloz, 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 21 juillet 2010.

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais, A._____, né en 1959, a travaillé en Suisse en qualité d'ouvrier agricole et assistant palefrenier saisonnier et a cotisé à l'AVS/AI suisse de 1991 à 1997 et en août 2003 (pce 261). Le 17 juillet 1997, il a subi un accident professionnel en recevant un coup de sabot d'un cheval qui lui a causé un traumatisme thoraco-abdominal. Il est retourné dans son pays en septembre 1999.

B.

Suite à une première demande déposée le 25 août 1998, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) par décisions du 19 septembre 2001 (pces 135 et 136) avait octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 1998 et une demi-rente d'invalidité pour le mois de janvier 1999. Par jugement de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci après CFR) du 4 octobre 2002 (pce 150) les décisions du 19 décembre 2001 ont été annulées et la cause a été renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, notamment une expertise psychiatrique. Dans l'expertise pluridisciplinaire du 23 septembre 2003 les médecins du Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB, pce 177) n'ont fait état d'aucune pathologie avec répercussion sur la capacité de travail et ont retenu comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail un status après un accident avec fractures en série des côtes à gauche le 17 juillet 1997, un status après une splénectomie pour rupture de la rate, un status après résection pour pseudarthrose de la 8^{ème} côte dorsale gauche et un status après résection du nerf proximal intercostal VIII le 25 novembre 1997, un syndrome de la douleur diffus persistant au thorax sans signe de neuropathie ou d'un névrome d'un nerf intercostal, une personnalité simple et une légère hypertension. L'OAIE, par décision du 10 février 2004 (pce 185), confirmée par décision sur opposition du 18 mai 2004 (pce 188), a donc rejeté la demande de prestations au motif qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail justifiant le droit à la rente. La CFR a rejeté un recours interjeté contre cette décision par jugement du 16 décembre 2004 (pce 193) considérant qu'il n'y avait pas de motif de s'écarter des conclusions de l'OAIE, qu'il fallait reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise établie par le ZMB, qu'une éventuelle pathologie psychique avait été écartée et que, malgré les séquelles physiques dues au coup de sabot (douleurs au thorax), A._____ aurait été en mesure de reprendre son activité six mois après l'accident.

C.

C.a A._____, par courrier daté du 7 mars 2005 de son mandataire (pce 194), avait sollicité la révision de son cas alléguant que l'état douloureux de la colonne dorsale, thoracique et abdominale s'était fortement aggravé, qu'en novembre 2004 il avait subi une amputation de l'arc postérieur gauche de la 8^{ème} côte et qu'il avait connu deux épisodes de dyspnée subite avec diagnostic d'hémo-pneumothoracique. L'assuré avait de plus produit le rapport médical établi le 25 janvier 2005 par le Dr D._____ (pces OAIE 197 à 198).

C.b Sur demande de l'OAIE à la sécurité sociale portugaise, la Dresse B._____, médecin de l'Instituto da Segurança social (ISS) avait établi, le 20 juin 2005, le rapport E 213 à teneur duquel elle n'avait posé aucun diagnostic et avait observé que A._____ conservait une pleine capacité de travail dans son ancienne activité lucrative (pce 205).

Dans ses prises de position médicales des 8 avril et 12 octobre 2005, le Dr C._____, médecin du Service médical de l'OAIE, avait en substance observé qu'il ne ressortait aucunement des pièces qu'une nouvelle hospitalisation avait eu lieu et que, pour le surplus, la situation était la même qu'à l'époque de l'expertise du ZMB du 23 septembre 2003, de sorte qu'il convenait de considérer que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail (pces 200 et 206).

C.c Par décision du 21 octobre 2005 (pce 207), l'OAIE avait rejeté la demande du 7 mars 2005 au motif que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour écarter le droit à une rente.

C.d Agissant le 23 novembre 2005 par l'entremise de son mandataire (pce 213), A._____ avait formé opposition contre la décision du 21 octobre 2005, soulevant que la prise de position du Dr C._____ était contredite par les rapports du Dr D._____ et de la Dresse B._____ et sollicitant d'être soumis à une nouvelle expertise médicale.

C.e Dans le cadre de cette procédure, l'assuré avait produit le rapport médical du Dr D._____ du 11 janvier 2006 (pce 215) faisant état de difficultés à exécuter les tâches de la vie courante dans un cadre douloureux de la colonne dorsale et abdominale sur pathologie dégénérative de la colonne et hématome résiduel suite à une splénectomie subie en 1997 en raison du traumatisme causé par le coup

de sabot. Ce médecin, admettant une relation entre l'accident et les plaintes, concluait que les douleurs rendaient A._____ inapte à l'exercice de son activité lucrative habituelle.

C.f Dans sa prise de position de 16 novembre 2006 (pce 219), le Dr C._____, médecin OAIE, avait observé que la nouvelle documentation médicale ne mettait pas en évidence une aggravation de l'état de santé en relation avec l'accident survenu en 1997, mais qu'il se justifiait néanmoins de demander un nouveau rapport aux médecins de la sécurité sociale portugaise, complété par un rapport orthopédique et la production d'éventuelles radiographies.

Au cours de l'instruction complémentaire menée par l'OAIE les pièces suivantes avaient été versées au dossier, entre autres :

- le questionnaire à l'assuré et le questionnaire à l'employeur desquels il ressortait que A._____ n'avait plus travaillé depuis le 17 juillet 1997 (pce 230 et 231);
- le rapport E 213 établi le 23 mai 2007 par le Dr E._____ qui avait posé le diagnostic de séquelles de fracture des côtes et de pseudarthrose persistante des côtes et avait observé que A._____ pouvait exercer à plein temps son activité habituelle d'ouvrier agricole (pce 237);
- le rapport médical du Dr F._____, spécialiste en orthopédie, daté du 28 juin 2007, dans lequel est posé le diagnostic de pseudarthrose des 9^{ème} et 10^{ème} côtes gauches, une mobilité antéro-postérieure et latérale douloureuse au niveau de la colonne thoracique gauche et une pathologie psychiatrique provoquée par son état actuel et familial, conséquence de la limitation de la capacité de travail dans son activité qui exige de grands efforts (pces 239).

C.g Dans sa prise de position du 17 octobre 2007 (pce 242), le Dr C._____, médecin de l'OAIE, relevait que les pièces les plus récentes du dossier ne démontraient aucune péjoration de l'état de santé, notamment orthopédique, ayant une influence sur la capacité de travail ou causant des limitations fonctionnelles. Il avait par conséquent conclu à une entière capacité de travail de A._____ dans des activités légères à moyennes adaptées à ses limitations dans les services collectifs et personnels (concierge, gardien d'immeuble ou de parking), dans le commerce en général (magasinier, petites livraisons avec véhicule), dans

le commerce de détail (vendeur de billets) ou des activités simples, sans qualification spéciale d'administration ou de bureau (commissionnaire, distribution de courrier interne).

C.h Par décision du 12 novembre 2007 (pce 243), l'OAIE avait donc rejeté l'opposition que A._____ avait formée à l'endroit de sa décision du 21 octobre 2005.

Agissant par le biais de son mandataire le 12 décembre 2007 (pce 244), A._____ avait saisi le Tribunal administratif fédéral (TAF), lequel, par jugement du 1^{er} septembre 2009 (pce 255), avait rejeté le recours au motif que les affections répertoriées dans les documents produits en procédure de recours correspondaient à celles qui avaient déjà été diagnostiquées dans le cadre de la précédente demande de prestations, ce qui excluait une détérioration manifeste de l'état de santé du recourant.

D.

Le 2 novembre 2009, A._____ a présenté une troisième demande de rente d'invalidité auprès de l'ISS qui l'a transmise à l'OAIE (pces 256 à 259).

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

- les rapports de la tomographie axiale computerisée de la colonne lombosacrée et cervicale du 15 octobre 2009 établis par la Dresse G._____ qui observe notamment une hernie intraspongieuse de la plateforme supérieure de L3, une protrusion circonférentielle du disque L3-L4 avec prédominance foraminale à droite qui peut interférer avec la racine foraminale L3 à droite, une arthrose facettaire et une uncarthrose, plus évidentes de C3-C4 à C5-C6, résultant d'un léger rétrécissement des voies combinées, une hernie discale postéro-interne en C6-C7 qui oblitère l'espace sous-arachnoïdien antérieur et les formes de l'os, des protrusions disco-ostéophytes postérieurs diffuses de C3-C4-C5 et C6, plus évidentes en C4-C5 et C5-C6 (pce 264);
- le rapport E 213 du 18 mars 2010 établi par la Dresse H._____, médecin de l'ISS, qui fait état d'un patient de 50 ans avec des mains qui suggèrent des travaux récents, qui présente une hernie discale en C6-C7 et sur la plateforme supérieure en L3 avec une bonne mobilité

sans compression radiculaire et qui conclut à une capacité de travail complète dans sa dernière activité de paysan (pce 265).

E.

Dans son rapport du 15 mai 2010 (pce 267), le Dr I._____, médecin de l'OAIE, a indiqué que les scanners de la colonne cervicale et lombaire du 15 octobre 2009 montraient une arthrose lombaire avec protrusion discale L3 L4 avec possible interférence avec la racine L3 et une hernie intraspongieuse L3 non significative et au niveau cervicale la présence d'une petite herniation discale au niveau C6 C7 et des protrusions discales significatives et que le rapport E 213 ne notait quant à lui aucune limitation fonctionnelle au niveau des deux segments, une mobilisation très légèrement diminuée au niveau cervical avec une douleur purement subjective, aucun signe radiculaire, une force des mains normale, des réflexes normaux, un Lasègue de 80° au niveau lombaire sans signification pathologique et mentionnait la présence de callosités récentes aux mains indiquant une activité relativement lourde. Il a conclu que la nouvelle documentation ne mettait en évidence aucune atteinte fonctionnelle objective.

F.

Par courrier de son mandataire du 20 mai 2010 (pce 273), A._____ a transmis une série de documents et leur traduction en français déjà aux actes ainsi que le rapport du 30 octobre 2009 (pce 271), et sa traduction française (pce 272), établi par le Dr J._____, assistant diplômé en médecine familiale, qui indique qu'actuellement l'assuré se plaint de douleurs thoraciques à gauche, présente des symptômes de dépression (mélancolie, apathie, insomnie, anhédonie, tendances à pleurer, démotivation, irritabilité facile), une hernie discale en C6-C7, des protrusions discales en C3-C4 et C5-C6, une hernie intraspongieuse sur la plateforme supérieure de L3 et des protrusions circonférentielles du disque L3-L4, qui mentionne qu'au vu du traitement médical institué, la situation clinique s'est aggravée et qui conclut à une incapacité de travail permanente de plus de 66,66 % dans toute profession.

G.

Par projet de décision du 31 mai 2010 (pce 274), l'OAIE a indiqué à l'assuré qu'il ne pouvait pas entrer en matière sur la nouvelle demande du 2 novembre 2009 au motif que selon l'art. 87 al. 4 RAI il n'avait pas établi de manière plausible une modification de l'invalidité de manière à influencer le droit aux prestations.

H.

Le 24 juin 2010 (pce 276), A._____, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition contre le projet de décision du 31 mai 2010 au motif que les derniers documents médicaux transmis attestaient de son incapacité de travail de 66,66 % dans toute profession et a demandé à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée en Suisse auprès de la Dresse K._____, rhumatologue, experte du Bureau romand d'Expertises Médicales (BREM).

I.

Appelé à se prononcer sur la nouvelle documentation, le Dr I._____, médecin de l'OAIE, dans son avis du 8 juillet 2010 (pce 277), a indiqué que le Dr J._____ ne faisait que reprendre les plaintes subjectives de l'assuré et les troubles de l'humeur sans qu'aucun examen clinique ne décrive objectivement une atteinte fonctionnelle significative et a conclu que cette nouvelle documentation ne montrait pas d'atteinte objective et correspondait à l'ensemble des documents déjà pris en compte et ainsi ne permettait pas de revenir sur son avis du 15 mai 2010.

Par décision du 21 juillet 2010 (pce 278), l'OAIE n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. L'autorité inférieure a invoqué les mêmes arguments que ceux de son projet de décision.

J.

Le 25 août 2010, A._____, par le biais de son mandataire, a interjeté recours contre la décision du 21 juillet 2010 par devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1) concluant à son annulation et au renvoi de la cause afin qu'une expertise médicale soit effectuée. Il a argué que les rapports du 15 juin et du 17 août 2010 du Dr J._____ prouvent une aggravation de l'état de santé et une incapacité de travail de 66,66 %, qu'ils posent le diagnostic de "maladie pluridisciplinaire" et que le fait que l'OAIE refuse l'expertise au BREM empêche le recourant d'établir de manière plausible son invalidité et que de ce fait, la décision attaquée viole son droit à la preuve et son droit d'être entendu. Il a produit plusieurs documents, notamment :

- les rapports médicaux du 15 juin et 17 août 2010 du Dr J._____ (bordereau pce 4 et 5);
- le rapport de l'EMG du 18 mars 2010 de la Dresse L._____ qui conclut à une dénervation chronique des myotomes C5 à droite/C6-C7 bilatéralement (accentué) des membres supérieurs et une

dénervation chronique des myotomes L4/L5 à droite (accentué) des membres inférieurs, qui peuvent suggérer une souffrance pluriradiculaire.

K.

Appelé à se prononcer sur le cas, le Dr C. _____, a notamment indiqué, dans sa prise de position du 5 décembre 2010 (pce 282), que le médecin de l'ISS estimait l'assuré apte à travailler dans l'agriculture, que - sans nier la présence des cervicobrachialgies - celles-ci sont sans répercussion sur la capacité de travail, qu'il n'a jamais été traité pour une maladie psychique, que son état de santé ne s'est pas modifié de manière significative depuis le 12 novembre 2007 et qu'une nouvelle expertise en Suisse n'est pas nécessaire.

Par réponse du 22 décembre 2010 (TAF pce 6), l'OAIE a donc proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée au motif que le recourant n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le moment où son droit aux prestations de l'assurance-invalidité avait été rejeté par la décision sur opposition du 12 novembre 2007, confirmée par jugement du Tribunal administratif fédéral du 1^{er} septembre 2009.

L.

Par courrier du 7 mars 2011 (TAF pce 10), le mandataire du recourant a informé le Tribunal qu'il n'était plus son conseil.

Par décision incidente du 18 avril 2011 (TAF pce 13), le Tribunal administratif fédéral a imparti 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 23 mai 2011 (TAF pce 15).

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 une troisième demande de rente le 2 novembre 2009, après qu'une deuxième demande de rente ait été rejetée par décision sur opposition du 12 novembre 2007, confirmée par arrêt du Tribunal de céans le 1^{er} septembre 2009, entré en force et qu'une précédente demande ait été rejetée par décision sur opposition du 18 mai 2004, confirmée par jugement de la CFR du 16 décembre 2004, également entré 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. 3 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 est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). En l'occurrence, l'autorité inférieure n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande.

5.5. Il faut dès lors examiner la question de savoir si c'est à juste titre que l'administration a rendu une décision de refus d'entrer en matière. 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. 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).

6.

6.1. En l'espèce, il y a lieu de constater préliminairement qu'entre la décision du 12 novembre 2007 qui rejetait, après examen sur le fond, la deuxième demande de prestations et le 21 juillet 2010, date de la décision attaquée, près de trois ans se sont écoulés.

6.2. Lors de l'expertise effectuée par le ZMB le 23 septembre 2003, les médecins étaient arrivés à la conclusion que le recourant n'avait jamais subi d'incapacité de travail justifiant le droit à une prestation. Ils avaient retenu que le recourant souffrait toujours de douleurs résiduelles persistantes dans la région du thorax qui ne devaient toutefois pas l'empêcher de reprendre son activité d'ouvrier agricole ou de palefrenier. A leur avis, la blessure au thorax devait être considérée guérie depuis début 1998. Du point de vue psychique, les médecins n'avaient pas diagnostiqué de maladie mais seulement une personnalité simple avec difficultés dans l'assimilation de la douleur. Le médecin OAIE s'était rallié à ces résultats.

6.3. Lors de la procédure concernant la deuxième demande du 7 mars 2005, l'OAIE et son service médical avaient relevé en substance le diagnostic d'un status post traumatique avec des limitations fonctionnelles peu objectivables. Le médecin de l'OAIE avait indiqué dans ses diverses prises de position que l'intéressé présentait après sa convalescence suite au traumatisme subi en 1997 des douleurs thoraciques, ce qui correspondait à la symptomatologie constatée lors de la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire par le ZMB et lors de l'établissement des rapports E 213 les plus récents. En particulier, le rapport E 213 du 23 mai 2007 confirmait que la situation médicale était analogue à celle qui prévalait lors de l'examen précédent et que le recourant n'était pas incapable d'exercer son ancienne activité. Le médecin de l'OAIE avait dès lors conclu que la nouvelle documentation médicale avancée par le recourant n'apportait aucun élément nouveau parlant en faveur d'une détérioration de l'état de santé. Des activités légères à moyennes adaptées aux limitations de A._____ avaient donc été considérées exigibles. De plus, comme l'avait justement relevé l'OAIE, les affections répertoriées dans les documents produits correspondaient à celles qui avaient déjà été diagnostiquées dans le cadre de la précédente demande de prestations, ce qui excluait une détérioration manifeste de son état de santé.

6.4. Dans le cadre de la troisième demande de prestations, l'assuré a fait valoir une dégradation de son état de santé. Or, les conclusions du rapport E 213 au dossier, daté du 18 mars 2010, se recourent avec celles des précédents rapports E 213 du 20 juillet 2005 et du 23 mai 2007, et retiennent une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dans l'agriculture, sans faire état de nouvelles pathologies.

Le recourant quant à lui se réfère aux différents rapports du Dr J. _____ (du 30 octobre 2009 et 15 juin 2010) qui conclut à une incapacité de travail de plus de 66,66 % dans toute activité et dresse une liste de pathologies physiques et psychiatriques dont seraient atteint l'assuré.

Or, du point de vue physique, dans le rapport E 213 n'est mentionnée aucune limitation fonctionnelle, exceptée une légère diminution de la mobilité au niveau cervical, sans signes radiculaires. Il n'y a donc aucune atteinte fonctionnelle objective. Comme mis en évidence par le médecin de l'OAIE, les cervicobrachialgies relevées dans l'EMG du 18 mars 2010, sans répercussion physique significative, ne peuvent générer une incapacité de travail générale. Du point de vue psychique, aucune pièce au dossier ne permet de retenir que le recourant ait été suivi par un psychiatre ou qu'il ait eu recours à un traitement médicamenteux, ce qui est confirmé par le E 213 du 18 mars 2010 : l'état mental étant décrit comme "normal".

7.

7.1. Il appert ainsi que les affections répertoriées dans les documents produits en procédure de recours correspondent à celles qui ont déjà été diagnostiquées dans le cadre des précédentes procédures et que les autres pathologies décrites n'ont aucune influence sur la capacité de travail du recourant.

Ainsi, le Cour de céans peut se rallier à l'avis de l'OAIE et conclure que les documents produits par le recourant ne rendent pas plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la décision du 12 novembre 2007. La décision de non entrée en matière de l'OAIE doit par conséquent être confirmée et le recours rejeté.

8.

Dans ses écritures le recourant fait valoir que le refus de procéder à une nouvelle expertise revient à violer son droit d'être entendu. L'argument ne peut être retenu vu que les rapports médicaux présentés par l'assuré ne permettent pas d'inférer de manière plausible que l'invalidité de celui-ci se soit modifiée de manière à influencer le droit aux prestations. Or, si l'administration et le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, ils peuvent renoncer à accomplir certains actes d'instruction

sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu (sur l'appréciation anticipée de preuve : arrêt du TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 3 et les références citées).

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

9.

9.1. 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 règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

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

(dispositif à la page 16).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 400.--.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____._____._____.__ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

Indication des voies de droit :

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 (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 :