



Cour III
C-6156/2011

Arrêt du 8 août 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Stefan Mesmer, juges,
Audrey Bieler, 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 3 octobre 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissant espagnol, né le [...] 1964, sans formation, a travaillé en Suisse comme aide dans la restauration et l'hôtellerie entre 1988 et 1997, années durant lesquelles il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI). Par la suite, l'assuré retourne s'installer en Espagne et effectue des travaux de manutention depuis le 5 juillet 1997 (pces 2, 3, 13 et 14). En dernier lieu, l'assuré travaille comme ouvrier dans la fabrication de fromage du 1^{er} décembre 1999 au 31 août 2000, puis cesse toute activité professionnelle en raison de son état de santé le 28 octobre 2000 (cf. questionnaire pour l'employeur du 7 juin 2004; pce 15).

B.

Le 24 novembre 2003, A._____ dépose une première demande de prestations d'invalidité (pce 1) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), transmise par l'Institut national de sécurité sociale espagnole (INSS) et indique être au bénéfice d'une rente d'invalidité en Espagne depuis le 26 janvier 2001 en raison d'une polykistose rénale avec détérioration progressive de la fonction rénale (pces 8 à 12). Sur la base de plusieurs certificats médicaux (pces 22 à 27, 29 à 32), ainsi que d'un formulaire E 213 du 29 décembre 2003 décrivant une insuffisance rénale terminale traitée par hémodialyses en raison d'une polyskistose rénale empêchant totalement l'assuré de travailler (pce 28), l'OAIE retient que celui-ci présente une incapacité de travail de 70% depuis le 31 août 2000 (pces 34 et 35) et octroie dès lors à A._____, par décisions du 25 juillet 2005 (pces 37 à 39), une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2002, ainsi que des intérêts moratoires.

C.

C.a En juillet 2007, l'OAIE entame une révision d'office du droit à une rente d'invalidité de l'assuré (pces 43 ss). Dans le cadre de cette procédure sont notamment versées les pièces suivantes:

- un rapport néphrologique du 13 mai 2005 du Dr B._____ indiquant qu'une greffe de reins a été effectuée le 2 mai 2005 avec succès sur l'assuré et que la fonction rénale est bonne lors de la sortie de l'hôpital de l'intéressé (pce 55);

- des résultats radiologiques du 11 octobre 2006, indiquant des irrégularités au niveau des vertèbres T11, T12 et L1 correspondants à une hernie intra spongieuse, une possible relation avec la maladie de Scheuermann et une éventuelle ostéopénie (pce 59);
- plusieurs certificats médicaux faisant état d'une bonne fonction rénale suite à la transplantation, d'ostéopénie, de troubles cutanés, de dyslipidémie et d'hyper uricémie [cf. les rapports médicaux des 19 janvier 2007 (pce 56), 25 janvier 2007 (pces 57 à 58), 13 mars 2007 (pces 60 et 61), 6 juin 2007 (pce 63), 24 janvier 2008 (pce 67), 14 mai 2008 (pce 68) et 25 juin 2008 (pces 69 et 70)];
- un rapport médical du 26 septembre 2007, dont il ressort que l'assuré présente des troubles dermatologiques en réaction au traitement d'immunosuppression et a subi l'ablation de tumeurs cutanées (pce 64);
- un formulaire E 213 du 20 novembre 2007 établi par le Dr C._____, dont il ressort que l'assuré souffre principalement d'insuffisance rénale chronique secondaire à une polykistose rénale, traitée par transplantation rénale, ainsi que d'ostéopénie avec des douleurs osseuses au niveau des hanches et des lombaires. Le médecin indique que l'assuré, souffrant d'une atteinte modérée à la santé, ne peut plus travailler en tant que manoeuvre dans l'industrie, mais peut reprendre une activité adaptée légère à raison de 4 heures par jour; il ressort encore que l'intéressé présente des troubles vertébraux non invalidants et une diminution de l'activité pariétale bilatérale (pce 65);
- une liste des diagnostics déjà connus établie le 11 juin 2008 par le Dr D._____, (pce 54, p. 3);
- un questionnaire pour la révision de la rente non daté, par lequel l'assuré indique avoir repris une activité d'ouvrier du 23 octobre 2007 au 22 janvier 2008 auprès d'un centre spécialisé dans le travail pour les personnes invalides à raison de 37 heures par semaine (pce 48);
- un questionnaire pour l'employeur du 24 juin 2008, partiellement lisible, indiquant que l'assuré a travaillé à temps complet (35 heures/sem.) dans un centre spécial de l'emploi pour personnes handicapées du 23 octobre 2007 au 22 février 2008 dans une activité légère non soumise au stress pour un salaire mensuel de EUR 600; les motifs de l'arrêt de travail ne sont pas lisibles (pce 54).

C.b Dans une prise de position du 31 juillet 2008, la Dresse E._____, médecin interne à l'administration, retient que l'assuré a retrouvé une capacité de travail entière depuis le 2 août 2005 dans de très nombreuses activités de substitution légères à mi-lourdes, y compris dans sa dernière activité d'ouvrier dans la production de fromage, considérant que celui-ci n'est plus dialysé et présente une bonne stabilité rénale depuis sa transplantation en mai 2005 (pces 72 et 73).

C.c S'appuyant sur cet avis, l'OAIE, par projet de décision du 26 août 2008, informe l'assuré qu'il entend supprimer son droit à une rente entière au vu de l'amélioration de son état de santé qui lui permet de travailler à temps plein dans son ancienne activité ou toute autre activité légère à moyennement lourde depuis le 2 août 2005 (pce 74).

C.d Par opposition du 6 octobre 2008, l'assuré avance que son état de santé s'est empiré suite aux effets secondaires liés au traitement de sa maladie rénale. Se référant aux rapports de ses médecins traitant, il estime ne plus pouvoir travailler ni faire preuve du minimum de productivité et d'efficacité nécessaire à une activité professionnelle (pce 79). Il joint à son recours plusieurs pièces médicales, à savoir:

- des résultats radiologiques du 1^{er} septembre 2008, indiquant que l'assuré présente une discopathie dégénérative en C4-C7 avec ostéophytose marginale (pce 76);
- un rapport médical du 16 septembre 2008 de la Dresse F._____, laquelle diagnostique principalement chez l'assuré une insuffisance rénale chronique (IRC) traitée par transplantation rénale, une ostéopénie et des troubles vertébraux en T11, T12 et L1 ainsi qu'une discopathie chronique en C6-C7; le médecin indique que le greffon fonctionnait bien lors du dernier contrôle en juin 2008 (pce 75);
- un rapport médical du 24 septembre 2008 du Dr D._____, faisant part d'une incapacité de travail sévère de l'assuré pour l'exercice de tout type de travaux, respectivement d'une moins-value sévère en raison des diagnostics déjà établis, à savoir un status post transplantation rénale, une hypertension artérielle, une incontinence urinaire légère, une contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien, un syndrome cervico-brachial (diffus), ainsi que des nausées et vertiges occasionnels (pces 77 et 78).

C.e Dans une prise de position du 18 novembre 2008, le service médical de l'OAIE, maintient sa précédente appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré, estimant que les pièces apportées en procédure d'audition confirment les diagnostics déjà retenus et notamment la stabilisation de l'état de santé de l'assuré du point de vue néphrologique. Le service médical fournit une liste très large d'activités de substitution exigibles à temps complet, à savoir, manœuvre dans l'industrie, concierge, gardien d'immeuble, surveillant de chantier, magasinier, livreur, caissier ou employé de bureau non qualifié (pces 81 et 82).

C.f Par décision du 12 décembre 2008 (pces 83 et 84), l'OAIE supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré avec effet au 1^{er} février 2009, en reprenant en substance la motivation du projet de décision. Il précise que la nouvelle documentation produite confirme les atteintes à la santé connues et n'apporte aucun élément nouveau (cf. également l'évaluation de l'invalidité de l'assuré du 18 juin 2010; pces 91 et 95).

D.

D.a Le 30 janvier 2009, l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) à l'encontre de cette décision, joignant plusieurs rapports médicaux dont le service médical de l'OAIE estime qu'ils ne permettent pas de reconnaître une incapacité de travail à l'assuré, qui présente une fonction rénale stable depuis sa transplantation et dont les autres affections ne sont pas invalidantes (ostéopénie, légère atteinte dégénérative du ménisque droit, atteintes dégénératives au niveau dorsal et cervical, tremblements, insomnie, trouble de la mémoire et vertiges); en effet, la Dresse E._____ souligne que l'assuré ne présente pas de déficit moteur dans le cadre de ses troubles du rachis connus de longue date, ni d'ostéoporose ou de troubles neurologiques pouvant induire une incapacité (avis de la Dresse E._____ des 7 juin et 1^{er} octobre 2009; pces 89 et 93). Le recourant produit encore trois rapports médicaux, dont il ressort qu'il a été hospitalisé du 10 au 13 novembre 2011 pour des douleurs abdominales, interprétées comme une subocclusion intestinale et qu'il souffre outre les diagnostics déjà évoqués de gastroentérites fréquentes (cf. le rapport du 13 novembre 2009 du Dr G._____, le rapport du 27 novembre 2009 du Dr H._____ et celui du 4 décembre 2009 du Dr I._____; pces 97 à 99).

D.b Dans un arrêt du 16 décembre 2010 (C-712/2009; pce 102), le Tribunal administratif fédéral admet partiellement le recours - dans la mesure où il est recevable - en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est maintenu jusqu'au 1^{er} mars 2009 au vu de la date de notification de l'acte entrepris, mais rejette le recours pour le surplus, estimant que, selon les pièces au dossier, il a été établi que l'assuré, suite à sa transplantation rénale en mai 2005, a retrouvé une capacité de travail entière dans l'exercice de sa dernière profession et dans toutes activités légères à mi-lourdes dès le mois d'août 2005. Estimant l'avis du service médical de l'OAIE comme convaincant, notamment au vu du fait que l'assuré a repris un travail léger à temps plein en 2007, le Tribunal confirme le bienfondé de la suppression de la rente entière d'invalidité de celui-ci s'écartant en partie des conclusions du formulaire E 213 indiquant une capacité de travail de 4 heures par jour dans des activités légères.

Par ailleurs, le Tribunal renvoie l'écriture du 17 décembre 2009 du recourant, reçue le 22 décembre 2009 par l'autorité inférieure et les pièces citées plus haut (pces 99 et 100), à l'autorité inférieure afin qu'elle traite ces pièces comme une demande de rente, le recourant faisant en effet valoir une détérioration de son état de santé à partir de novembre 2009, soit postérieurement à la décision entreprise.

D.c En application de l'arrêt du TAF, l'OAIE, par décision du 1^{er} avril 2011 octroie une rente entière d'invalidité à l'assuré pour le mois de février 2009 et procède à son versement (pce 105).

E.

E.a Au mois d'avril 2011, considérant le courrier du 17 décembre 2009 de A. _____ déposé lors de la procédure de recours comme une nouvelle demande, l'OAIE entame une nouvelle procédure afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est modifié de manière à influencer son droit à une rente d'invalidité (pces 106 ss); l'assuré verse plusieurs documents déjà au dossier (pces 107 à 111).

E.b Dans une prise de position du 22 mai 2011 le Dr J. _____, médecin de l'OAIE, relève que les documents versés en cause ne mettent pas en évidence une modification de l'état de santé de l'assuré, la fonction rénale étant restée stable et l'hospitalisation pour douleur abdominale en novembre 2009 ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée; s'agissant des cervicalgies présentées par l'assuré, le

Dr J._____ rejoint l'appréciation antérieure de la Dresse E._____ (pce 112).

E.c

Dans le cadre de la procédure, l'assuré fait encore parvenir les pièces suivantes par courrier du 27 mai 2011 (pce 114):

- un rapport dermatologique du 15 février 2010 (pce 135);
- deux notes des 8 mars 2010 et 16 mai 2011 du Dr H._____, concernant l'évolution néphrologique de l'assuré et son traitement médicamenteux; le médecin mentionne les diagnostics déjà évoqués dans son rapport médical du 27 novembre 2009 et souligne en outre des maux de dos en traitement (pces 115 et 116);
- des résultats radiologiques du 2 février 2011 établis par le Dr K._____, lequel relève des altérations dégénératives avec discopathie en C4-C5, C5-C6 et C6-C7, des hernies discales en C5-C6 et C6-C7 avec latéralisation significative à droite en C5-C6 (pce 120);
- un bref rapport neurologique du 16 mars 2011 de la Dresse L._____, laquelle mentionne chez l'assuré des insomnies et des céphalées de tension chroniques avec exacerbation (pce 130);
- un rapport rhumatologique du 25 mars 2011 de la Dresse M._____, qui reprenant les diagnostics déjà connus, relève le bon état de l'assuré, qui ne présente pas de fractures et montre une bonne évolution densitométrique et un niveau normal de vitamine D (pce 131);
- un bref rapport ophtalmologique du 6 avril 2011 ne relevant rien de particulier (pce 132);
- un rapport médical du 24 mai 2011 du Dr N._____, lequel reprend l'historique médical de l'assuré qui présente nouvellement une spondilo-arthropathie cervicale sévère et une discopathie cervicale diffuse, ainsi qu'un syndrome miofascial chronique; le médecin considère que l'intéressé présente toujours une incapacité dans la vie professionnelle et dans les activités de la vie quotidienne (pce 133);
- un rapport de consultation du 24 mai 2011 établi par le Dr D._____, lequel indique les troubles cervicaux en C4-C7 déjà établis; au niveau

des genoux, le médecin ne relève pas de lésions significatives (pce 134);

- un historique médical de l'assuré du même jour provenant de ce même médecin (pces 118 et 119) mentionnant les diagnostics principaux déjà connus.

E.d Dans une nouvelle prise de position du 29 juin 2011, le Dr J._____ relève que les pièces produites par l'assuré ne lui permettent pas de modifier sa précédente prise de position, car, outre confirmer la stabilité de la fonction rénale déjà constatée, ils ne mettent pas en évidence de nouveaux éléments susceptibles d'influencer la capacité de travail de l'intéressé (pce 137).

E.e Par projet de décision du 19 juillet 2011, l'autorité inférieure propose dès lors que la demande de révision de l'assuré ne soit pas examinée (pce 138).

E.f Par opposition du 29 août 2011 (pce 147), A._____ demande qu'une invalidité complète lui soit reconnue et verse plusieurs documents déjà au dossier, ainsi que les pièces suivantes:

- un rapport médical du 10 juin 2010 du Dr O._____, spécialisé en maladie néphrologique et dialyse, lequel reprenant l'historique médical de l'assuré, relève lors de l'examen clinique que celui-ci présente d'importantes douleurs au niveau de la nuque et aux changements de position, ainsi qu'une légère insuffisance rénale chronique (IRC). Le médecin relève que le patient a retrouvé une vie plus autonome depuis la transplantation, mais que cela ne signifie pas qu'il présente la productivité nécessaire pour faire face à la vie professionnelle et ses contraintes en l'espèce eu égard à la persistance de pathologies associées à l'insuffisance rénale. Il déclare l'intéressé incapable de travailler (pce 142);
- une décision de la justice espagnole du 21 mars 2011 reconnaissant à l'assuré une incapacité de travail absolue pour tout type de travail (pce 146), basée sur un rapport médical du 10 octobre 2010 du Dr P._____ de l'institut X._____, dont il ressort que l'assuré présente un transplant rénal, des tremblements essentiels soignés et de l'insomnie soignée par sédatifs hypnotiques, des difficultés de vision non objectivées, une limitation fonctionnelle en raison d'un syndrome cervico-brachial (C4-C7) entraînant des paresthésies au

niveau des membres supérieurs, ainsi que des dorsolombalgies (T11-T12 et L1), de l'hypertension artérielle et une hypertrophie ventriculaire gauche; le médecin considère que l'assuré ne peut plus travailler ni présenter l'efficacité et la professionnalité nécessaire, en raison du cumul de ses affections, découlant en partie de son affection de base, des pathologies associées, et des effets secondaires de ses médicaments (pce 145);

- un historique médical de l'assuré du 2 août 2011 établi par le Dr D._____, listant les diagnostics déjà connus (pce 141).

E.g Dans une nouvelle prise de position du 20 septembre 2011, le Dr J._____ du service médical de l'OAIE, estime que les affections de l'assuré ont déjà été discutées de manière convaincante à plusieurs reprises et que l'assuré n'amène aucun élément nouveau au niveau des diagnostics retenus. Par ailleurs, le médecin relève que l'appréciation de la capacité de travail par l'institut de médecine légale espagnol n'est pas argumentée quand à savoir ce qui justifie la reconnaissance d'une incapacité totale de travail (pce 149).

E.h Par décision sur opposition du 3 octobre 2011, l'OAIE refuse par conséquent d'entrer en matière sur cette nouvelle demande estimant que l'assuré n'a pas rendu plausible que son état de santé s'est détérioré de manière à influencer son droit à une rente d'invalidité (pce 150).

F.

Le 8 novembre 2011, A._____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral concluant à ce que l'autorité inférieure entre en matière sur sa demande d'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il invoque une incapacité entière de travail en raison du cumul de ses affections, qui, bien que certaines d'entre elles existaient déjà avant, ce sont développées avec plus d'acuité et ont entraîné une dégradation générale de son état de santé. Il souligne une instruction incomplète et une appréciation erronée des faits par l'autorité inférieure, soulignant encore avoir dû cesser son activité très légère en atelier protégé à cause de son état de santé (TAF pce 1). Le recourant demande à être exempté des frais de procédure. Il verse notamment les pièces suivantes:

- un rapport médical du 27 août 2009 de la Dresse Q._____, neurochirurgienne, laquelle indique que l'assuré a subi dix séances d'électrothérapie durant les phases aiguës de cervicalgies;

- un rapport néphrologique du 10 janvier 2011 du Dr H._____, listant les affections de l'assuré et les médicaments prescrits;
- des résultats radiologiques du 11 février 2011, listant les atteintes de l'assuré au niveau cervical et des genoux déjà évoquées.

G.

Dans une prise de position du 8 février 2012, le Dr J._____, médecin de l'OAIE, déclare que les éléments ressortant des pièces amenées en procédure d'audition ne permettent pas de mettre en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré (pce 153).

H.

Par réponse du 7 mars 2012, l'autorité inférieure, se basant sur les prises de position de son service médical, considère que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé et conclut au rejet du recours, ainsi qu'au maintien de la décision entreprise (TAF pce 6).

I.

Par décision incidente du 14 mars 2012, le Tribunal de céans invite le recourant à déposer une réplique et à verser dans les 30 jours dès réception, une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.--, montant dont l'intéressé s'est acquitté dans le délai imparti (TAF pces 7 à 9).

J.

Par réplique du 19 avril 2012 (TAF pce 10), le recourant maintient ses précédentes conclusions et argue être incapable de travailler dans toute activité sur la base des rapports sérieux et complets de ses médecins, notamment en raison de troubles dégénératifs allant en s'aggravant. L'intéressé précise que ses douleurs cervicales irradiantes sont objectivées par un examen IRM faisant état de discopathie cervical de niveaux multiples. En outre, il requiert à nouveau à être exempté des frais de procédure. Il verse encore les pièces suivantes:

- des résultats radiologiques du 16 juin 2011, mettant en avant une éventuelle lésion du plexus choroïde à vérifier par un examen de résonance magnétique cérébrale;
- un rapport rhumatologique du 23 mars 2012 établi par la Dresse M._____, faisant état de deux consultations des 25 mars 2011 et 12 janvier 2012 et mentionnant que l'assuré, outre les diagnostics déjà évoqués, présente une intolérance au lactose et

au fructose entraînant des diarrhées chroniques; ce diagnostic est confirmé par un rapport de colonoscopie du 4 novembre 2011 ;

- un rapport médical du 16 mars 2011 de la Dresse L._____, laquelle diagnostique à nouveau à l'assuré des céphalées de tensions avec exacerbation et des insomnies, traitées par voie médicamenteuse;
- un rapport médical du 28 mars 2012 du Dr D._____, lequel liste les diagnostics déjà connus et déclare l'assuré totalement incapable de faire face à une activité professionnelle ou à ses activités quotidiennes;
- des résultats radiologiques du 30 mars 2012 attestant d'altérations dégénératives et de spondylose au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7, ainsi que de protrusions circonférentielles au niveau C5-C6 et C6-C7;
- un rapport médical du 10 avril 2012 du Dr N._____, superposable à celui du 24 mai 2011 (cf. pce 133).

K.

Par duplique du 29 mai 2012 (TAF pce 12), l'autorité inférieure réitère ses précédentes conclusion, renvoyant pour le surplus à une nouvelle prise de position de son service médical du 16 mai 2012, lequel retient que l'état de santé de l'assuré est superposable à celui décrit lors de la dernière procédure de révision en 2008, le scanner cérébral ne faisant en outre pas état d'une anomalie certaine, et maintient son appréciation de la capacité de travail de l'assuré (OAIE pce 155).

L.

Par ordonnance du 6 juin 2012, le Tribunal de céans porte un double de la duplique à la connaissance du recourant (TAF pce 13).

M.

Par ordonnance du 12 février 2013, le Tribunal invite le recourant à remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" et à le retourner accompagné des moyens de preuve correspondants dans un délai de 30 jours dès réception (TAF pce 14).

N.

Le 5 mars 2013, le Tribunal reçoit un formulaire d'assistance judiciaire non daté rempli par l'assuré, accompagné de plusieurs moyens de preuve, dont il ressort que le recourant possède une fortune immobilière

non grevée de EUR 30'000 et une épargne globale de EUR 37'557.44 (TAF pce 16).

O.

Par décision incidente du 26 mars 2013, le Tribunal rejette la demande d'exemption des frais de procédure du recourant, au motif que celui-ci possède une épargne et une fortune immobilière supérieure à sa réserve de secours, lui permettant de faire face aux frais de procédure, au demeurant peu élevés (TAF pce 17).

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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 Conformément à 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. Conformément à 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 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (TAF pce 1) et le recourant s'étant acquitté de l'avance de frais (TAF pces 2 à 8), il est entré en matière sur le fond (art. 60 LPGA et 52 PA).

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par

les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 En l'espèce, le recourant, ressortissant espagnol, est domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), 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 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009) sont applicables (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

3.2 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 les références). Les dispositions de la

5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables vu le dépôt de la demande de révision en date du 17 décembre 2009 (cf. arrêt du TAF du 16 décembre 2010 C-712/2009 ; pce 102). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente d'invalidité de A. _____ du 17 décembre 2009, après avoir supprimé par voie de révision la rente entière de l'intéressé par décision du 12 décembre 2008 (pces 83 et 84), confirmée en substance par le Tribunal administratif fédéral (arrêt du 16 décembre 2010 C-712/2009; pce 102).

4.1 Lorsque l'autorité examine une nouvelle demande de la personne assurée après un premier refus de prestations, elle n'entrera en matière que s'il apparaît établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité, RAI; RS 831.201). 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 aux prestations, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. On entend ainsi éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes cas, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification déterminante (ATF 125 V 410 consid. 2b, VSI 2000 242).

4.2 Le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la 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 - ce qu'elle n'a pas fait en l'espèce - 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).

4.3 Dans l'examen des allégations de la personne assurée 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, comme en l'espèce, 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 (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007).

4.4 Ainsi, il y a lieu d'examiner la question de savoir si c'est à juste titre que l'administration a rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la demande de prestations d'invalidité de A._____, en d'autres termes, afin de déterminer si véritablement le recourant a établi de manière plausible une modification de son invalidité, propre à influencer ses droits.

5.

5.1 A la lecture des pièces au dossier, il apparaît comme établi, qu'à l'époque de la décision du 12 décembre 2008 supprimant le droit à une rente entière de A._____ (pces 83 s.), celui-ci souffrait d'insuffisance rénale chronique secondaire à une polykistose ayant nécessité un traitement par hémodialyse depuis le 13 mars 2001 (pce 27), puis une transplantation rénale effectuée avec succès le 2 mai 2005 (cf. notamment le rapport du 13 mai 2005 du Dr B._____ [pce 55] et les pces 57 ss, 65 et 75). Les médecins font état d'une bonne fonction rénale et d'une stabilisation du point de vue néphrologique. Il est également établi que A._____ présente de l'ostéopénie (pces 56, 57 et 65), des troubles cutanés consécutifs à son traitement immunosuppresseur, des troubles dégénératifs au niveau des vertèbres dorsales T11, T12 et L1 (pces 54 p. 3, 56 à 61, 63, 64, 67 à 70), ainsi qu'une discopathie dégénérative en C4-C7 avec ostéophytose marginale (ou syndrome cervico-brachial diffus; cf. le rapport médical du 16 septembre 2008 de la Dresse F._____ et les résultats radiologiques du 1^{er} septembre 2008; pces 75 et 76). Par ailleurs, l'intéressé présente d'autres troubles mineurs tels que de l'hypertension artérielle, une hyperlipidémie, un syndrome vertigineux, des nausées, des diarrhées, de l'insomnie marquée, une dyslipidémie, de l'hyperuricémie et une diminution de l'activité pariétale bilatérale.

5.2 S'agissant de la capacité de travail de l'intéressé, il ressort d'une part que celui-ci a repris une activité légère d'ouvrier dans un atelier protégé d'octobre 2007 à février 2008 en Espagne (pces 48 et 54), avant de l'arrêter en raison de son état de santé selon ses dires. D'autre part son médecin traitant, le Dr D._____, indique dans un rapport du 24 septembre 2008 (pces 77 et 78) que l'assuré présente un degré d'handicap sévère, celui-ci ne pouvant effectuer aucune activité professionnelle. Certaines limitations ressortent également du rapport du 25 juin 2008 du Dr K._____, à savoir que l'assuré doit éviter les positions en flexion-extension et le port de poids (pce 69). Finalement, il ressort du formulaire E 213 du 20 novembre 2007 que l'assuré, bien que stabilisé sur le plan néphrologique, présente des troubles en raison de son traitement immunosuppresseur, de l'ostéopénie avec douleurs au niveau des hanches et au niveau lombaire, et ne peut plus effectuer des travaux de force ou des activités présentant des risques de fractures osseuses; le médecin estime que l'assuré - présentant une atteinte modérée - n'est plus capable d'exercer son activité habituelle d'ouvrier industriel, mais reste apte à travailler dans des activités légères à raison de quatre heures par jour (pce 65).

5.3 Les pièces au dossier ont toutefois conduit le service médical de l'OAIE à retenir, en s'écartant des conclusions du E 213, que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail entière dans des activités légères à mi-lourdes, ainsi que dans sa dernière activité d'ouvrier dans la fromagerie dès le 2 août 2005, à savoir trois mois après la transplantation rénale, étant donné la très bonne fonction rénale retrouvée. La Dresse E._____ a également estimé que les autres affections de l'assuré n'entraînaient pas d'incapacité de travail du fait que celui-ci ne présentait pas d'ostéoporose ou de risque de fracture spontanée, ni d'atteinte radiculaire ou de déficits moteurs en relation avec ses atteintes dégénératives dorsales et cervicales (pces 73 et 81 s.). En outre, l'avis du service médical de l'OAIE a été considéré comme prépondérant par rapport aux conclusions ressortant du E 213 par le Tribunal administratif fédéral dans le cadre du recours interjeté à l'encontre de la décision de l'OAIE de supprimer le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité (arrêt du 16 décembre 2010 C-712/2009 consid. 7.3; pce 102), au vu des contradictions ressortant du formulaire E 213 lui-même et du fait que l'assuré avait à la même époque repris une activité légère à temps plein en atelier protégé.

6.

6.1 En décembre 2009, l'assuré fait valoir une aggravation de son état de santé indiquant une hospitalisation en novembre 2009 pour des douleurs abdominales interprétées comme une subocclusion intestinale (cf. les rapports des 13 et 27 novembre 2009 des Drs H.____ et G.____; pces 97 à 99). Dans le cadre de cette procédure considérée comme une nouvelle demande (cf. l'arrêt du TAF précité, consid. 11), A.____ produit plusieurs rapports médicaux datés de mars à mai 2011 établis par différents médecins traitants, à savoir les Drs D.____, H.____, L.____, K.____, M.____ (pces 115, 116, 120, 130, 131 et 134), lesquels reprennent les diagnostics déjà connus, sans se prononcer plus avant sur la capacité de travail de l'intéressé. Par ailleurs, celui-ci verse en cause un rapport médical du 24 mai 2011 du Dr N.____ (pce 133) lequel relève une spondilo-arthropathie cervicale sévère, une discopathie cervicale diffuse et un syndrome miofascial chronique, ainsi qu'un rapport médical du 10 juin 2010 du Dr O.____ (pce 142), dont il ressort que, si l'assuré a retrouvé une vie plus autonome suite à la transplantation rénale, il présente un cumul de pathologies associées à son insuffisance rénale. Les deux médecins déclarent l'intéressé inapte à toute activité professionnelle. En procédure d'audition, A.____ invoque encore la reconnaissance par la sécurité espagnole de son incapacité de travail absolue et verse en cause un rapport médical du 10 octobre 2010 du Dr P.____ de l'institut X.____ attestant son incapacité en raison du cumul de ses affections et des effets secondaires de ses médicaments; le médecin fait nouvellement état de paresthésies dans les membres supérieurs (pces 145 et 146).

6.2 Prenant position sur ces divers documents médicaux, la Dresse E.____, dans des avis des 22 mai, 20 juin et 2 août 2011, considère que l'assuré n'a pas amené d'éléments nouveaux permettant de conclure à une incapacité de travail, considérant que celui-ci présente toujours une bonne fonction rénale, qui s'est à nouveau stabilisée malgré une légère détérioration passagère au mois de novembre 2009, et que les autres affections, au demeurant déjà connues, n'entraînent pas d'incapacité de travail (pces 112 137 et 149). Le service médical de l'OAIE rejette également les conclusions du rapport médical du 10 octobre 2010 de l'institut de médecine légale à Valence, considérant que le médecin n'a pas indiqué de manière assez précise quelle affection justifiait la reconnaissance d'une incapacité de travail (pce 149).

6.3 Lors de la procédure de recours, plusieurs rapports médicaux sont encore produits par le recourant (TAF pces 1 et 10). La plupart reprennent les diagnostics déjà connus ou sont postérieurs à la décision entreprise et n'amène pas d'élément particulier, à l'exception d'une allergie au lactose et au fructose entraînant des diarrhées chroniques et une éventuelle lésion du plexus choroïde. Le service médical de l'OAIE estime également que ces pièces n'amènent pas d'indices d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré (pces 153 et 155).

7.

7.1 Dans la présente occurrence, le Tribunal remarque que les diagnostics principaux sont restés les mêmes qu'en 2008 et que le Dr D._____, médecin traitant de l'assuré, déclarait déjà que l'assuré était totalement incapable de travailler (cf. le rapport médical du 24 septembre 2008; pces 77 et 78). Toutefois, dans le cadre de la présente procédure, deux médecins différents, ainsi que le Dr P._____ de l'institut X._____, attestent d'une aggravation de la symptomatologie. En effet, si la plupart des diagnostics et symptômes existaient déjà au moment de la suppression de sa rente d'invalidité en 2008 (vertiges, diarrhées, insomnie, céphalées, troubles dégénératifs cervicaux et dorsaux, etc.), sont nouvellement mises en avant des paresthésies des membres supérieurs et un syndrome miofascial chronique en rapport avec une spondilo-arthropathie sévère (cf. le rapport médical du 24 mai 2011 du Dr N._____ [pce 133], celui du Dr O._____ du 10 juin 2010 [pce 142] et le rapport médical du 10 octobre 2010 de l'institut X._____ [pce 145]). Selon ces médecins, notamment le Dr O._____, spécialisé en matière de maladie néphrologique et dialyse, le cumul des affections associées à l'insuffisance rénale dont souffre l'assuré entraîne chez celui-ci une incapacité de travail totale, ce malgré la transplantation rénale réussie. De plus, il ressort que l'assuré doit prendre outre ses médicaments immunosuppresseurs, des sédatifs hypnotiques ayant des effets secondaires (pce 145).

7.2 A cet égard on observe que le service médical de l'OAIE n'a pas discuté tous les éléments, laissant de côté l'apparition des paresthésies (pce 137), ainsi que le rapport du 24 mai 2011 du Dr N._____, qui pourtant fait état d'une évolution des diagnostics au niveau cervical (pce 137), considérant notamment que l'IRM cervicale du 11 février 2011 (TAF pce 1) est superposable à celle du 1^{er} septembre 2008 (pce 76). Le service médical de l'OAIE s'écarte des conclusions du Dr P._____,

estimant que celui-ci n'a pas suffisamment spécifié sur quelle base une incapacité de travail entière de l'assuré pouvait lui être reconnue (pce 149). Le Tribunal remarque toutefois que le médecin espagnol (pce 145) justifie la reconnaissance pour l'intéressé d'une incapacité globale de travail en raison du cumul de ses pathologies de base, de ses pathologies associées et des effets secondaires de ses médicaments. Or, cette appréciation est également partagée par le Dr O._____ (pce 142) et rejoint les conclusions du Dr N._____ (pce 133). L'appréciation de la capacité de travail de l'assuré par ces deux derniers médecins n'a pas du tout été discutée par le service médical de l'OAIE, qui a estimé sans autres indications que ces éléments n'entraînaient pas une incapacité de travail (pces 137 et 149).

7.3 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). Cela ne suffit pas pour mettre en doute l'existence d'indices concrets d'une aggravation de l'état de santé du recourant attestée par plusieurs médecins qui, contrairement au médecin de l'OAIE, ont vu et/ou traité l'assuré.

7.4 En l'espèce, il apparaît au Tribunal qu'une aggravation de l'état de santé peut être intervenue sur la base des conclusions concordantes des Drs O._____, N._____ et P._____, ceux-ci faisant état d'éléments nouveaux allant dans le sens d'une aggravation des troubles cervicaux de l'assuré, si l'on considère que pour la première fois un syndrome miofascial chronique et des paresthésies des membres supérieurs ont été invoqués. Au vu de ce qui précède, les nouveaux rapports médicaux produits en cours de procédure ne permettent pas d'exclure assurément une détérioration de l'état de santé. À ce propos, il convient de rappeler que l'existence d'un simple indice en faveur d'une aggravation de l'état de santé suffit pour obliger l'administration à entrer en matière sur une nouvelle demande de rente (cf. consid. 4.2 ci-dessus). Bien que l'autorité dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans le cadre de l'application de

l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, elle ne pouvait ainsi faire tout bonnement fi des nouvelles observations et conclusions produit par le recourant en procédure d'audition. Ainsi le recourant a rendu plausible la survenance de modifications susceptibles d'avoir des effets sur son taux d'invalidité, ce qui aurait dû avoir pour conséquence que l'autorité inférieure entre en matière sur la nouvelle demande en procédant à son instruction.

7.5 Par conséquent, le Tribunal de céans ne peut que reconnaître et admettre que le recourant a rendu plausible, au sens de l'art. 87 al. 3 RAI, une possible aggravation de son état de santé, entre la décision du 12 décembre 2008, confirmée en substance par le TAF dans un arrêt du 16 décembre 2010, et celle attaquée du 3 octobre 2011, justifiant une entrée en matière sur sa demande du 17 décembre 2009. L'autorité inférieure instruira la cause au fond et il lui appartiendra d'établir les diagnostics précis et l'influence des diverses affections de l'assuré sur sa capacité de travail d'un point de vue global, au besoin en ordonnant une expertise pluridisciplinaire, afin de vérifier que les modifications rendues plausibles par l'assuré sont réellement intervenues. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejettera la demande. Sinon, elle devra encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2).

7.6

Partant, le recours doit être admis et la décision du 3 octobre 2011 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle entre en matière sur la demande de révision déposée par le recourant le 17 décembre 2009 et examine l'affaire au fond.

8.

Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu en outre de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et al. 2 PA), de sorte que l'avance de frais de Fr. 400.-- versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF; RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Or, en l'espèce, le recourant ayant agi sans être

représenté et n'ayant pas fait valoir de frais importants de procédure, il ne lui est pas alloué de dépens.

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 3 octobre 2011 est annulée.

2.

Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations d'invalidité déposée par le recourant.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.-- versée par le recourant lui sera remboursée par la caisse du Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

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

Indication des voies de droit:

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 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 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: