



Cour III
C-6603/2018

Arrêt du 23 mars 2021

Composition

Pietro Angeli-Busi (président du collège),
Caroline Gehring, Viktoria Helfenstein, juges,
Yann Grandjean, greffier.

Parties

A. _____, (Portugal),
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, demande de révision (décision du
30 octobre 2018)

Faits :**A.**

A.a A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité portugaise, domicilié au Portugal et né le (...) 1962 a travaillé en Suisse entre 1980 et 1997 comme machiniste auprès d'une entreprise active dans le secteur du bâtiment (pces du dossier AI 4 et 10).

A.b Par décision du 13 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE (ci-après : l'autorité inférieure) a reconnu à l'assuré un droit à un quart de rente depuis le 14 décembre 2002 (degré d'invalidité de 42 %). Constatant que sa demande de prestations de l'assurance-invalidité avait été introduite le 17 mai 2004, l'autorité inférieure a, conformément au droit alors applicable, décidé que la rente ne pouvait être payée qu'à partir du 1^{er} mai 2003 (pces 154, 155 et 161).

Cette décision a été rendue notamment sur la base d'une prise de position du 12 mars 2009 du service médical de l'autorité inférieure, complétée le 21 avril 2009 et le 5 août 2009, émanant de la Docteure B._____, spécialiste en médecine interne (pces 137, 140 et 151).

Se fondant notamment sur une expertise pluridisciplinaire accomplie les 14 et 15 janvier 2009 auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité C._____ SA, par les Docteurs D._____, spécialiste FMH en cardiologie, E._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et F._____, spécialiste FMH en médecine interne (pce 127), le service médical a retenu comme diagnostic principal, sur le plan cardiologique, une cardiopathie ischémique ; un status après infarctus du myocarde le 14 décembre 2001 ; sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif majeur d'intensité modérée, avec syndrome somatique, d'évolution chronique et un trouble anxieux généralisé avec épisodes d'anxiété paroxystique.

Il a également été retenu comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, sur le plan orthopédique, un status après opération pour hernie discale L4-L5 en 1991 et, comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, une dyslipidémie et une surcharge pondérale.

Au final, le service médical de l'autorité inférieure a reconnu une incapacité de travail dans l'activité habituelle (machiniste) de 100 % dès le 14 décembre 2001 (infarctus) et de 40 % dès le 4 avril 2002 (date de la

reprise du travail) et de 100 % dès le 1^{er} mai 2004 et, dans une activité de substitution à plein temps avec comme limitations fonctionnelles notamment une position de travail assise ou alternée, un port de charge de 10 kilos maximum, des travaux lourds limités et une résistance au stress diminuée, de 100 % dès le 14 décembre 2001, puis de 30 % [*i.e.* capacité de travail de 70 %], dès le 4 avril 2002.

Cette décision n'a pas été contestée.

A.c La rente octroyée à l'assuré a fait l'objet de plusieurs procédures de révision.

A.c.a L'autorité inférieure a procédé à une révision matérielle en date du 11 mars 2013 (pce 183), constatant que le degré d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente et prononcé le maintien des prestations versées jusqu'à alors. Cette décision reposait notamment sur les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'examen cardiologique daté du 3 octobre 2012 et émanant de la Doctoresse Paula Mota qui rapporte une bonne fonction ventriculaire gauche ainsi que les traitements pratiqués (pce 179) ;
- une prescription médicale datée du 14 octobre 2012 et émanant de la Doctoresse G. _____, cardiologue, manuscrite et difficilement lisible (pce 180) ;
- un rapport clinique psychiatrique daté du 19 novembre 2012 et émanant du Docteur I. _____, médecin psychiatre, de l'Unité locale de santé du (...), attestant que l'assuré est régulièrement suivi dans sa consultation de psychiatrie depuis janvier 2002 et présente un trouble anxio-dépressif de longue durée, d'une intensité clinique marquée, dans lequel se distinguent des symptômes anxieux et dépressifs, de l'asthénie et une insomnie sévère, associés à des altérations de la personnalité qui interfèrent de manière significative avec sa vie professionnelle ; le rapport note aussi une évolution défavorable, malgré les traitements psychopharmacologiques, et les effets secondaires des médicaments sur la capacité de conduite d'une machine et les tâches encore moins exigeantes et différenciées ; compte tenu de tout ce qui précède, le rapport conclut que le patient est totalement incapable, de manière permanente, d'exercer une activité professionnelle régulière (pce 174) ;

- un rapport médical E213 daté du 7 décembre 2012 (pce 173) ;
- une prise de position du service médical de l'autorité inférieure datée du 28 février 2013 par la signature du Docteur F._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui note l'obtention d'une bonne fonction cardiaque après traitements, relève que l'affection psychiatrique est chronique et stationnaire et conclut que, dans l'ensemble, l'état de santé et donc les degrés d'incapacité de travail n'ont pas changé (pce 182).

Cette décision n'a pas été contestée.

A.c.b A l'issue de la dernière révision matérielle précédant la présente procédure, l'autorité inférieure a, en date du 28 avril 2016, constaté que le degré d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente et prononcé le maintien des prestations versées jusqu'à alors (pce 210). Cette décision reposait notamment sur les pièces médicales suivantes :

- une prescription médicale datée du 1^{er} février 2016 et émanant de la Doctoresse G._____, cardiologue, manuscrite et difficilement lisible (pce 207) ;
- un rapport clinique daté du 20 janvier 2016 et émanant de la Doctoresse H._____, du Service de pneumologie de l'Unité locale de santé du (...), dont il ressort que l'assuré a effectué en juillet 2009 une étude polygraphique du sommeil, qui a révélé une apnée obstructive du sommeil posturale ; lors d'une consultation sur le sommeil en 2014, un nouvel examen a révélé une apnée obstructive du sommeil sévère ; il a donc commencé une ventilation non invasive (auto CPAP ; pce 205) ;
- un rapport clinique psychiatrique daté du 1^{er} février 2016 et émanant du Docteur I._____, médecin psychiatre, de l'Unité locale de santé du (...), dont le contenu est identique à celui daté du 19 novembre 2012 (pce 204) ;
- un rapport médical E213 daté du 10 février 2016 (pce 203) ;
- une prise de position du service médical de l'autorité inférieure datée du 23 avril 2016 par la signature du Docteur J._____, spécialiste FMH en médecine interne, qui conclut que les nouveaux documents cardiologiques et psychiatriques ainsi que le rapport E213 ne mettaient

pas en évidence une modification significative de l'état de santé (pce 209).

A.c.c Par courrier reçu le 13 mai 2016, l'assuré a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité, arguant que son état de santé avait empiré ces dernières années et qu'il connaissait d'énormes difficultés financières (pce 211). A l'appui de cette demande, il dépose, en décembre 2016, notamment la pièce médicale suivante : un rapport médical daté du 6 décembre 2016 et émanant de la Doctoresse G._____, cardiologue, qui, à la suite d'une échocardiographie de décembre 2015 et d'un cathétérisme cardiaque en novembre 2015 conclut que l'assuré est atteint de maladies coronariennes et d'un syndrome d'apnée obstructive grave du sommeil ; ce rapport mentionne comme diagnostic un infarctus aigu du myocarde inférieur en 2001, une angine de poitrine instable en 2012 et une fatigue pour des efforts plus importants, mais présentant une dépression modérée de la fonction systolique ventriculaire par échocardiographie ; le rapport n'atteste aucune diminution de la capacité de travail (pce 222).

Par décision du 21 mars 2017, l'autorité inférieure a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision précitée au motif que, sur la base de la documentation médicale annexée à la demande, il ne résultait aucune modification importante du degré d'invalidité (pce 239). Cette appréciation reposait sur une prise de position de son service médical du 14 janvier 2017, par la signature du Docteur J._____, spécialiste FMH en médecine interne (pce 237).

Cette décision n'a pas été contestée.

A.c.d Par courrier daté du 26 juillet 2018 et reçu le 3 août 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de révision de sa rente d'invalidité, en alléguant une aggravation significative de son état de santé qui ressortirait d'examen médicaux récents, sur le plan cardiologique (pce 249). A l'appui de cette demande, il dépose notamment la pièce médicale suivante : un rapport médical daté du 23 juillet 2018 et émanant de la Doctoresse G._____, cardiologue, qui, à la suite d'une échocardiographie faite en décembre 2017, constate une fonction systolique globale gravement diminuée et une fraction d'éjection calculée à 28 %, remontant à 41 % en avril 2018. Ses conclusions sont les mêmes que dans le rapport médical daté du 6 décembre 2016 ; elle ajoute cependant qu'il y a une aggravation de la dépression de contraction du ventricule gauche avec une fraction d'éjection gravement réduite à l'échographie ; elle conclut qu'il s'agit d'un patient au pronostic réservé, avec une contre-indication à l'effort physique

et aux émotions fortes qui doit être considéré comme en incapacité permanente de travail (pce 252).

Par décision du 30 octobre 2018, l'autorité inférieure a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision au motif que, sur la base de la documentation médicale annexée à la demande, il ne résultait aucune modification importante du degré d'invalidité (pce 262). Cette appréciation repose sur une prise de position de son service médical du 25 août 2018, par la signature du Docteur, spécialiste FMH en médecine générale qui relève qu'en 2001, la fraction d'éjection était évaluée à 40-45 %, alors que dans la dernière analyse, elle est de 41 % ; il ne peut ainsi pas confirmer une aggravation objective de l'état de santé, car la diminution significative de la fraction d'éjection du ventricule gauche, telle qu'attestée par la cardiologue, n'est pas vraiment une aggravation objective ; il explique enfin que le syndrome d'apnée du sommeil ne justifie pas, sous un traitement adéquat, une diminution automatique de capacité de travail, en particulier dans un travail adapté (pce 255).

B.

B.a Par acte daté du 18 novembre 2018 et posté le lendemain, l'assuré a déposé un recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) contre la décision de non-entrée en matière du 30 octobre 2018. Il conclut implicitement à l'admission de son recours. A l'appui de ses conclusions, il critique l'appréciation de l'autorité inférieure selon laquelle il n'y aurait aucune raison de changer son degré d'invalidité de 42 %. Il évoque par ailleurs ses difficultés financières pour payer l'avance sur les frais de procédure présumés (pce TAF 1). En annexe de son recours, le recourant produit les pièces médicales suivantes :

- un nouvel exemplaire du rapport clinique psychiatrique daté du 1^{er} février 2016 et émanant du Docteur I._____ ;
- un nouvel exemplaire du rapport médical daté du 23 juillet 2018 et émanant de la Doctoresse G._____ ;
- un nouvel exemplaire du rapport clinique daté du 20 janvier 2016 et émanant de la Doctoresse H._____.

B.b Par acte du 11 décembre 2018, le recourant a déposé formellement une demande d'assistance judiciaire, accompagnée de divers moyens de preuve (pce TAF 6), et complétée en date du 5 février 2019 (pce TAF 9).

B.c Par décision incidente du 3 avril 2019, le Tribunal a rejeté sa demande d'assistance judiciaire (pce TAF 10).

B.d Le recourant s'est acquitté d'une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs en date du 18 avril 2019 (pce TAF 12).

C.

Au terme de sa réponse du 5 mai 2019, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de ses conclusions, l'autorité inférieure explique que le service médical a observé, dans son appréciation du 25 août 2018 (pce 255) qu'aucun élément médical objectif ne permettait d'attester de manière plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, par rapport à la prise de position médicale du 28 avril 2016, qui pourrait influencer sur ses droits. Elle relève que le recourant a produit des documents médicaux déjà versés au dossier et pris en considération dans l'établissement de la décision attaquée (pce TAF 14).

D.

Dans sa réplique datée du 29 août 2019, postée le 2 septembre 2019, dans un délai prolongé par ordonnance du 7 août 2019 (pce TAF 20), le recourant maintient ses conclusions implicites antérieures (pce TAF 22). Il produit en annexe à son écriture les pièces médicales suivantes :

- un rapport clinique psychiatrique daté du 23 août 2019 et émanant du Docteur I._____, dont le contenu est identique à celui fait le 1^{er} février 2016 ;
- un bref rapport médical daté du 27 août 2019 et émanant du Docteur L._____ de l'Unité de santé de (...) confirmant que le recourant souffre d'une apnée obstructive du sommeil nécessitant une ventilation non invasive avec auto CPAP et d'une maladie coronarienne ;
- un rapport d'examen médical datant du 1^{er} août 2019 évoquant une fraction d'éjection à environ 38 % ;
- un rapport médical daté du 30 août 2019 et émanant de la Doctoresse G._____, cardiologue, qui relève, à la suite d'un examen d'août 2019, un ventricule gauche non dilaté avec hypertrophie de la cloison basale, une fonction systolique modérée à sévèrement déprimée, une dyskinésie de la région proximale du septum, une acinésie de la moitié proximale de la paroi postérieure et une fraction d'éjection calculée à

environ 38 % ; sur la base de ces constats, la praticienne pose les mêmes conclusions que dans son rapport du 23 juillet 2018 aussi bien sur les diagnostics que sur la capacité de travail.

E.

Dans sa duplique du 14 septembre 2019, l'autorité inférieure explique qu'en l'espèce aucun élément ne permet de modifier sa prise de position et, dès lors, elle réitère les conclusions prises dans sa réponse du 9 mai 2019 (pce TAF 24). Elle joint à sa duplique les documents suivants :

- une prise de position de son service médical, datée du 1^{er} octobre 2019 et émanant du Docteur K._____, spécialiste FMH en médecine générale, notant que le rapport médical du 30 août 2019 fait mention d'un échocardiogramme de décembre 2017, indiquant une aggravation significative de la fonction cardiaque (fraction d'éjection du ventricule gauche à 28 %), qui ne serait pas disponible. Selon lui, une amélioration partielle de la fonction du ventricule gauche est à nouveau confirmée (fraction d'éjection en août 2019 à 38 %). Pour le service médical, il y aurait ici un dysfonctionnement ventriculaire modéré et non grave, comme il est attesté à l'étranger, un dysfonctionnement devant être vu comme grave avec des valeurs inférieures à 35 %. L'avis médical indique encore que le parcours clinique explique la plus grande difficulté à faire des efforts d'intensité moyenne voire importante, y compris des transferts. En outre, une fatigabilité accrue deviendrait crédible. Sur le plan somatique, le médecin de l'autorité inférieure, compte tenu du rapport cardiologique précité, propose d'attribuer dans l'ensemble et à partir de décembre 2017 une réduction de la capacité de travail de 40 % également pour un travail léger/sédentaire sans exposition au stress et au froid et réduit à 5 heures par jour ;
- une prise de position de son service médical, datée du 7 octobre 2019 et émanant du Docteur M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, notant que les rapports médicaux psychiatriques du Docteur I._____ du 19 novembre 2012, du 1^{er} février 2016 et du 23 août 2019 sont identiques et copiés-collés quasiment à la virgule près.

F.

Par courrier daté du 2 décembre 2020, le requérant s'est enquis auprès du Tribunal de l'état de la procédure.

Les arguments et autres faits pertinents pour la cause seront exposés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants suivants.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'autorité inférieure au sens de l'art. 5 PA. La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.**2.1**

2.1.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 355 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2).

2.1.2 La décision attaquée de non-entrée en matière ayant été rendue le 30 octobre 2018, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions légales de droit suisse en vigueur à cette date.

2.2

2.2.1 En l'espèce, le recourant est un ressortissant portugais résidant au Portugal, c'est-à-dire dans un Etat membre de l'Union européenne. La cause présente donc un élément d'extranéité.

2.2.2 S'agissant du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, 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 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2012 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 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 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'autorité inférieure était en droit de ne pas entrer en matière sur la demande datée du 26 juillet

2018, en retenant que le recourant n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

4.

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phrase LPGA).

5.

5.1 En application de l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; en lien avec l'art. 17 LPGA), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible (*glaubhaft*) que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (voir aussi al. 3).

5.2 Le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents est celui du dépôt de la nouvelle demande, si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Il appartient à la personne assurée de démontrer que ses allégations sont plausibles faute de quoi l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (arrêts du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006 consid. 1.1 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). C'est donc la personne assurée qui supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestation. Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen, de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des

faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 2.2 et 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). Le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants, ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_841/2014 du 17 avril 2015 consid. 3.3). Le degré de la preuve exigé est réduit et ne correspond pas à celui de la vraisemblance prépondérante généralement demandée en matière d'assurances sociales. Il suffit que des indices d'une certaine consistance (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, même s'il subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (arrêts du Tribunal fédéral 8C_597/2017 du 12 janvier 2018 consid. 2.2 et 9C_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.1). Pour apprécier le caractère plausible, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2016 du 26 janvier 2017 consid. 2).

5.3 Pour déterminer si une modification de l'invalidité a été rendue plausible au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, constitue le point de départ. Il s'agit d'examiner s'il existe des indices rendant plausible une modification de l'invalidité du recourant propre à influencer – en l'espèce – ses droits entre la décision de rejet de cette dernière demande de prestations et la décision querellée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 et 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_367/2016 du 10 août 2016 consid. 2.3, 9C_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1 et 2.1.2 et I 187/05 du 11 mai 2006).

5.4 Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au moment du jugement (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5, 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3, I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 2.2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1).

Les rapports médicaux produits après que la décision attaquée a été rendue sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (ATF 130 V 64 consid. 5 ; arrêt du Tribunal

fédéral I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'autorité inférieure (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral du 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3 et 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2). Partant, en principe, le Tribunal n'examine pas les preuves versées hors procédure administrative (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_236/2011 du 8 juillet 2011 consid. 2.1.2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2014 cité consid. 3 et arrêt du TAF C-1092/2018 du 30 juillet 2019 consid. 4.4).

Ces principes sont toutefois atténués par le fait que, même s'il a été rendu postérieurement à la décision entrée en force, un rapport médical devra être pris en considération s'il permet de tirer des conclusions sur la situation antérieure à cette date (ATF 121 V 362 consid. 1b en relation avec l'ATF 99 V 98 consid. 4 et les références citées ; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_95/2016 du 30 mai 2016 consid. 3.1 et les autres références ; MICHEL VALTERIO, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2^e éd. 2018, art. 31 LAI n° 20).

6.

Les parties se divisent essentiellement sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est détérioré sur le plan cardiologique.

Au cours de la dernière révision matérielle, datant d'avril 2016, l'aspect cardiologique n'a pas été spécialement examiné. Seule figure au dossier une prescription datée du 1^{er} février 2016 et émanant de la Doctoresse G._____, cardiologue traitante, sans indication particulière (pce 207). Il n'en demeure pas moins que l'autorité inférieure avait conclu à une absence de péjoration de l'état de santé du recourant (pces 209 et 210). Lors de la révision matérielle précédente, des pièces médicales relatives à la situation cardiologique avaient certes été versées au dossier, mais elles n'apportent aucun élément sur les questions ici déterminantes (notamment la fraction d'éjection) et, à part le service médical, ne disent rien sur la capacité de travail du recourant. Il faut donc remonter à l'expertise médicale des 14 et 15 janvier 2009 pour disposer d'un point de comparaison robuste sur le plan cardiologique du recourant (pce 127 ; dans ce sens, entre autres : arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.1). A ce titre, cette expertise indiquait que l'échocardiographie d'alors montrait une diminution modérée de la fonction

ventriculaire gauche, la fraction d'éjection étant estimée aux alentours de 40 - 45 %. Il existait une akinésie de la paroi inférolatérale, associée à une hypokinésie des parois inférieure et latérale. Il n'y avait pas de valvulopathie significative (p. 19 ; voir aussi la réponse du médecin de l'autorité inférieure du 5 août 2009 [pce 151]). Cela permettait alors de retenir un degré d'invalidité de 42 % dans une activité adaptée (pces 154, 155 et 161).

7.

7.1 A l'appui de sa demande de révision datée du 26 juillet 2018, le recourant a produit un rapport médical daté du 23 juillet 2018 et émanant de la Doctoresse G._____, cardiologue. Ce rapport constate une fonction systolique globale gravement diminuée et une fraction d'éjection calculée à 28 % en décembre 2017 et remontant à 41 % en avril 2018. Sur cette base, son auteure atteste que le pronostic du recourant est réservé, avec une contre-indication à l'effort physique et aux émotions fortes et que le recourant doit être considéré comme en incapacité permanente de travail (pce 252).

Dans un premier temps, cette pièce conduit le service médical de l'autorité inférieure à conclure, en août 2018, que la diminution significative de la fraction d'éjection du ventricule gauche, telle qu'attestée par la cardiologue, n'est pas vraiment une aggravation objective (pce 255).

7.2 Dans le cadre de l'échange d'écritures devant le Tribunal, le recourant dépose un nouveau rapport de sa cardiologue traitante daté du 30 août 2019, certes présenté avec une autre mise en forme, mais qui arrive à des conclusions identiques.

Il est vrai que le rapport médical en question ainsi que la dernière échocardiographie qu'il mentionne sont postérieurs à la décision attaquée et devraient, de ce fait, ne pas entrer en ligne de compte en l'espèce (consid. 5.4). Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ce rapport atteste de la même péjoration de la fonction cardiaque que celui datant du 23 juillet 2018. En effet, le rapport du 30 août 2019 parle d'une diminution aggravée de la contractilité du ventricule gauche avec une fraction d'éjection gravement déprimée par l'échocardiographie (mesurée à 38 % ; annexe pce TAF 22), alors même que le rapport accompagnant la demande de révision en cause, du 23 juillet 2018, parlait déjà d'une contractilité marquée du ventricule gauche avec une fraction d'éjection très

déprimée à l'échocardiographie entre 28 % et 41 % (pce 252). Tous deux concluent à une incapacité permanente de travail.

Or, le service médical de l'autorité inférieure n'explique en rien ce qui différencierait fondamentalement entre ces deux pièces médicales. De fait, la lecture des deux rapports médicaux ne permet pas au Tribunal d'y détecter une différence sensible, tant du point de vue des diagnostics cardiologiques que de celui de l'appréciation de la capacité de travail.

Pourtant, cela n'empêche pas le service médical de conclure d'abord à l'absence de détérioration de l'état de santé avec d'éventuelles répercussions sur la capacité de travail (pce 255) pour arriver ensuite à la conclusion qu'à partir de décembre 2017 d'une réduction de la capacité de travail également pour un travail léger/sédentaire sans exposition au stress et au froid et réduit à 5 heures par jour. Le service médical parle d'une réduction de 40 % de la capacité de travail sans que l'on comprenne si ce chiffre correspond à la perte de capacité (*i.e.* incapacité de travail à 40 %) ou à la nouvelle capacité en tant que telle (*i.e.* incapacité de travail à 60 %) (annexe pce TAF 24).

Il n'en demeure pas moins que cette péjoration de la fonction cardiaque apparaissait déjà clairement dans le rapport de la Doctoresse G. _____ du 23 juillet 2018 après un examen datant de décembre 2017, ce que le médecin du service médical relève d'ailleurs correctement en août 2019 (pce 255) et qui correspond à un état antérieur à la décision sur la demande de révision (octobre 2018). Au final, quand bien même l'appréciation médicale de l'autorité inférieure constatant une détérioration de l'état de santé a été déclenchée par des éléments postérieurs à la décision attaquée, elle porte sur des constats identiques faits bien avant cette décision. Ces éléments sont donc pertinents pour la présente cause (consid. 5.4).

La duplique de l'autorité inférieure se contente d'énumérer les pièces médicales déposées par le recourante et de conclure qu'en l'espèce aucun élément ne lui permet de modifier sa prise de position. Non seulement, l'autorité inférieure n'explique pas pourquoi elle s'écarte de la constatation de son propre service médical, mais encore elle semble totalement ignorer sa prise de position. Il y a là une contradiction que l'autorité inférieure n'explique nullement.

7.3 Sur le plan psychiatrique, le recourant n'avait pas, jusqu'au moment de la décision de non-entrée en matière, allégué de détérioration de sa capacité de travail.

8.

Force est de constater que, selon le service médical de l'autorité inférieure, sur la base d'examens datant de décembre 2017, la capacité de travail serait actuellement de 40 % ou de 60% pour une activité adaptée, alors que, lors de l'octroi de la rente (jusqu'à la dernière révision matérielle), celle-ci était de 70 % (consid. A.b). Il y a donc bien eu une diminution de la capacité de travail de l'avis même du service médical de l'autorité inférieure (consid. 5.3). De surcroît, ce même service envisage à l'heure actuelle seulement une activité de 5 heures par jour dans une activité réduite, alors même que l'activité adaptée envisagée lors de l'octroi de la rente était à plein temps avec comme limitations fonctionnelles notamment une position de travail assise ou alternée, un port de charge de 10 kilos maximum, des travaux lourds limités et une résistance au stress diminuée.

Compte tenu de la dernière prise de position du service médical de l'autorité inférieure, portant sur des constatations médicales antérieures à la date de la décision attaquée, il apparaît que le recourant a rendu vraisemblable une détérioration de son état de santé qui semble entraîner une réduction de sa capacité de travail dans une activité adaptée (de 70 % à 60 % ou à 40 %). Il s'ensuit que l'autorité inférieure ne pouvait se contenter de refuser d'entrer en matière sur la demande de révision daté du 26 juillet 2018. A tout le moins, elle aurait dû reconsidérer sa décision de non-entrée en matière au cours de l'échange d'écriture ou conclure à l'admission du recours.

9.

9.1 Eu égard à ce qui précède, le Tribunal constate que les pièces produites dans le cadre de la demande datée du 26 juillet 2018 mettaient en lumière des éléments suffisants pour rendre plausible une détérioration de l'état de santé et de la capacité de travail dans une activité adaptée du recourant propre à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, entre la dernière décision matérielle et celle de non-entrée en matière, ici attaquée. Il revenait par conséquent à l'autorité inférieure d'entrer en matière sur la nouvelle demande de révision déposée par le recourant le 26 juillet 2018. Il faut ici rappeler que l'appréciation des rapports des médecins rattachés aux assureurs est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il

subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3).

9.2 Partant, le recours est admis et la décision du 30 octobre 2018 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de révision datée du 26 juillet 2018 et déposée par le recourant. L'autorité inférieure complétera l'instruction par toutes mesures propres, d'une part, à clarifier l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la nouvelle décision, y compris les éventuels nouveaux troubles intervenus postérieurement à la décision attaquée, en particulier sur le plan cardiologique, voire psychique, et, d'autre part, à établir si sa capacité de travail s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'autorité inférieure examinera donc l'affaire au fond – en mettant au besoin sur pied une expertise médicale – et rendra une nouvelle décision.

10.

10.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 1^{ère} phrase PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 1^{ère} phrase PA).

10.2 En l'espèce, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800 francs lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

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

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 30 octobre 2018 est annulée.

2.

Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure fin qu'elle entre en matière sur la demande de révision datée du 26 juillet 2018 et déposée par le recourant.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais présumés de procédure d'un montant de 800 francs sera restituée au recourant 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 avec AR ; annexe : formulaire d'adresse de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

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

Le président du collège :

Le greffier :

Pietro Angeli-Busi

Yann Grandjean

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 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). 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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :