



Cour III
C-8412/2007/coo

{T 0/2}

Arrêt du 1^{er} septembre 2009

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Madeleine Hirsig, Michael Peterli, juges,
Oliver Collaud, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Jacques Micheli,
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 sur opposition du 12
novembre 2007)

Faits :**A.**

Par jugement du 16 décembre 2004 (pce OAIE 206) la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: la Commission) a rejeté le recours dont l'avait saisi A._____, ressortissant portugais né le (...) 1959, à l'endroit de la décision sur opposition prononcée, le 10 février 2004, par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE). Il ressort de ce jugement :

- que l'intéressé avait travaillé en Suisse de 1991 à juillet 1997, en dernier lieu comme ouvrier agricole/palefrenier assistant et avait quitté ce pays pour le Portugal au mois de septembre 1999;
- qu'il avait subi un accident professionnel le 17 juillet 1997, recevant un coup de sabot de la part d'un cheval qui lui avait causé un traumatisme thoraco-abdominal avec fractures de côtes, un hémithorax et une rupture de la rate;
- qu'en date du 25 août 1998, A._____ avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OCAI-VD);
- qu'au cours de l'instruction de cette requête plusieurs pièces médicales attestant d'une possibilité d'exercer à plein temps une activité lucrative adaptée à son état de santé ont été versées au dossier de l'OCAI-VD, notamment des expertises du Dr B._____ rédigées le 18 décembre 1998 et le 30 avril 2000;
- que l'OCAI-VD avait considéré que l'assuré était pleinement incapable du 17 juillet 1997 au 18 décembre 1998 et qu'à cette dernière date une amélioration sensible de l'état de santé avait été constatée par le Dr B._____;
- que par deux décisions distinctes du 19 septembre 2001, l'OAIE avait versé à A._____ une rente entière du 1^{er} juillet au 31 décembre 1998 et une demi-rente pour le mois de janvier 1999, avec les rentes complémentaires pour ses enfants;

- que par jugement sur recours du 4 octobre 2002, la Commission a annulé les décisions de l'OAIE du 19 septembre 2001, estimant qu'une expertise psychiatrique s'imposait;
- que, dans un rapport du 23 septembre 2003, les médecins du Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) avaient exposé que A._____ ne présentait aucune incapacité de travail, qu'il eût pu reprendre son activité précédente déjà depuis début 1998 et qu'il ne présentait pas de trouble psychique majeur, à l'exception d'une personnalité simple avec difficultés dans l'assimilation de la douleur;
- que l'OAIE avait rejeté la demande de prestations par décision du 10 février 2004, puis par décision sur opposition du 18 mai 2004, au motif qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail justifiant le droit à une rente.

En droit, la Commission a considéré qu'il n'y avait pas de motif de s'écarter des conclusions de l'OAIE, qu'il convenait de reconnaître un pleine valeur probante à l'expertise établie par le ZMB, qu'une éventuelle pathologie psychique avait été écartée et que, malgré le séquelles physiques dues au coup de sabot (douleurs au thorax), A._____ avait été en mesure de reprendre son activité habituelle six mois après l'accident.

B.

Agissant au nom de A._____ par courrier daté du 7 mars 2005 (pce OAIE 207), Me Jacques Micheli a sollicité la révision du cas de son mandant. Il a en outre allégué que l'intéressé avait vu l'état douloureux de la colonne dorsale thoracique et abdominale s'aggraver fortement, 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 de hémopneumothoracique. L'assuré a de plus produit le rapport médical établi le 25 janvier 2005 par le Dr C._____ (pces OAIE 216 à 218).

Sur demande de l'OAIE à la sécurité sociale portugaise, la Drsse D._____ a établi, le 20 juin 2005, le rapport E 213 à teneur duquel elle n'a posé aucun diagnostic et a observé que A._____ conservait une pleine capacité de travail dans son ancienne activité lucrative (pce OAIE 219).

Dans ses prises de position médicales des 8 avril et 12 octobre 2005, le Dr E. _____ du Service médical de l'OAIE a en substance observé qu'il ne ressortait aucunement des pièces qu'une nouvelle hospitalisation avait eu lieu en 2004 et que, pour le surplus, la situation était la même qu'à l'époque de l'expertise du ZMB du 18 mars 2003, de sorte qu'il convenait de considérer que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail (pce OAIE 221 et 222).

C.

Par décision du 21 octobre 2005, l'OAIE a 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 (pce OAIE 223).

D.

Agissant le 23 novembre 2005 par l'entremise de son mandataire (pce OAIE 226), A. _____ a formé opposition contre la décision du 21 octobre 2005, soulevant que la prise de position du Dr E. _____ était contredite par les rapports du Dr C. _____ et de la Drsse D. _____ et sollicitant d'être soumis à une nouvelle expertise médicale.

Dans le cadre de cette procédure, l'assuré a produit le rapport médical du Dr C. _____ du 11 janvier 2006 (pce OAIE 231) 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 a en outre écarté une relation entre l'accident et les plaintes, mais a constaté que les douleurs rendaient A. _____ inapte à l'exercice de son activité lucrative habituelle.

Dans sa prise de position médicale de 16 novembre 2006, le Dr F. _____ du Service médical de l'OAIE a 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 d'ordonner un nouveau rapport des médecins de la sécurité sociale portugaise, complété par une attestation orthopédique et la production d'éventuelles radiographies.

Au cours de l'instruction complémentaire menée par l'OAIE les pièces suivantes ont été versées au dossier:

- le questionnaire à l'assuré et le questionnaire à l'employeur desquels il ressort que A. _____ n'avait plus travaillé depuis le 17 juillet 1997 (pce OAIE 242 et 243);
- le rapport E 213 établi le 23 mai 2007 par le Dr G. _____ qui a posé le diagnostic de séquelles de fracture des côtes et de pseudoarthrose persistante des côtes et a observé que A. _____ pouvait exercer à plein temps son activité habituelle d'ouvrier agricole (pce OAIE 244);
- le rapport médical du Dr H. _____ daté du 28 juin 2007 et dans lequel il a posé le diagnostic de pseudo-arthrose des 9^{ème} et 10^{ème} côtes gauches, une mobilité antéro-postérieure et latérale douloureuse au niveau de la colonne thoracique gauche, une pathologie psychiatrique provoquée par une situation familiale difficile, conséquence de la limitation de la capacité de travail (pces OAIE 245 et 246);

Dans sa prise de position médicale du 17 octobre 2007 (pce OAIE 249), le Dr F. _____ du Service médical de l'OAIE a rappelé que l'assuré avait subi en 1997 un traumatisme thoracique avec fractures de côtes, un hémithorax et une rupture de rate, que, par après, il s'était plaint de douleurs thoraciques persistantes qui étaient causées par un déplacement de côte et qu'il avait été soumis à deux expertises pluridisciplinaires, la dernière le 18 août 2003, qui avaient conclu à sa pleine aptitude pour l'exercice d'activités moyennes à légères. Selon ce médecin, 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 a par conséquent conclu à une entière capacité de travail de A. _____ dans des activités légères à moyennes 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).

Par décision du 12 novembre 2007 (pce OAIE 250), l'OAIE a rejeté l'opposition que A. _____ avait formé à l'endroit de sa décision du 21 octobre 2005, avançant que les pièces médicales récentes ne faisaient pas état de limitations objectives de l'appareil locomoteur et que les

plaintes subjectives étaient restées identiques, de sorte qu'on ne pouvait pas retenir qu'il y avait eu d'aggravation depuis la décision confirmée par jugement du 16 décembre 2004. Cet office a en outre relevé qu'il n'y avait pas de perte de gain car l'assuré pourrait réaliser, même en changeant d'occupation, un revenu à tout le moins aussi élevé que le dernier réalisé en Suisse.

E.

Agissant le 12 décembre 2007 au nom de A._____, Me Jacques Micheli a saisi le Tribunal administratif fédéral d'un recours dirigé contre la décision sur opposition de l'OAIE du 12 novembre 2007. Concluant au principal à la réformation de la décision entreprise en ce sens qu'une rente de l'assurance-invalidité était octroyée et, au subsidiaire, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction, le recourant a exprimé son désaccord avec l'évaluation effectuée par l'OAIE et le médecin de son service médical. Il a en outre reproché à cet office de ne pas avoir mis en oeuvre la nouvelle expertise qu'il avait requise dans son acte d'opposition. A titre de mesures d'instruction, le recourant a demandé qu'une telle expertise soit ordonnée.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'autorité intimée en a proposé le rejet par sa réponse du 6 mars 2008 dans laquelle elle a soulevé que le recours n'apportait pas d'éléments nouveaux et précisé que le dossier était suffisamment documenté de sorte qu'une nouvelle expertise ne s'imposait pas.

Invité à déposer une réplique, le recourant a produit, par acte du 16 avril 2008, une traduction partielle du rapport médical du Dr H._____ du 28 juin 2007, maintenant la nécessité de mettre en oeuvre une nouvelle expertise médicale.

Dans sa duplique du 7 mai 2008, l'OAIE s'en est tenu à ses précédentes conclusions.

F.

Par décision incidente du 22 janvier 2009, le Tribunal administratif fédéral a invité A._____ à s'acquitter, dans un délai de trente jours dès réception, d'une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 300.--, sous peine d'irrecevabilité du recours.

Le recourant s'est acquitté de la somme réclamée en date du 12 février 2009.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 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 et LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de rente 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 vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la cette loi 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. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 a 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A 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 Etats (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 Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur de l'accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'ALCP, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 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.

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

3.

3.1 Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

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 130 V 445 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

4.

4.1 Le recourant a présenté sa deuxième demande de rente le 7 mars 2005, une première demande de rente ayant été rejetée par décision sur opposition du 18 mai 2004 entrée en force suite au jugement de la Commission du 16 décembre 2004.

4.2 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. 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 opposition puis, cas échéant, à recours devant le tribunal compétent.

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. 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, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle

par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration 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). Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5).

En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge.

4.3 En l'occurrence, l'administration n'a pas rendu une décision de refus d'entrer en matière fondée sur l'art. 87 al. 4 RAI et est entrée en matière sur la nouvelle demande. La seule question litigieuse en la présente procédure est donc celle de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la nouvelle demande du 7 mars 2005 en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au 10 février 2004 et au 12 novembre 2007.

5.

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

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et

- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations (OAIE pce 6). Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6.2 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

6.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre

marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

6.4 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

7.

7.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

7.2 Il convient de relever que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé

par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.3 Dans ce contexte, il est à relever, 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).

8.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, art. 42 n° 16 p. 424 s.; ATF 122 II 469). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

En l'occurrence, le Tribunal de céans s'estime suffisamment renseigné par les pièces contenues dans le dossier de la cause, de sorte que d'un point de vue de l'établissement des faits la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise médicale, demandée par le recourant, ne se justifie pas. A cet égard, il convient plus particulièrement de relever que les allégations spécifiques de A._____ concernant les limitations de sa capacité de travail restent largement dans le cadre des rapports médicaux les plus récents versés au dossier et qui sont suffisamment explicites et complets pour permettre au Tribunal administratif fédéral de statuer en toute connaissance de cause.

9.

9.1 Selon les jugements de la Commission des 4 octobre 2002 et 16 décembre 2004 (pces OAIE 116 et 206) l'instruction de la première demande de rente de l'assurance-invalidité déposée par A._____ a permis d'établir qu'il avait subi un traumatisme thoraco-abdominal le 17 juillet 1997, qu'outre des douleurs et une limitation de la mobilité du tronc, l'intéressé était vierge de toute séquelle de son accident et de toute pathologie psychiatrique invalidante d'un point de vue de la capacité de travail, que les affections dont l'assuré souffrait justifiaient tout au plus une limitation de mouvement modérée du tronc, compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à condition de ne pas solliciter la musculature thoracique-ADBOMINALE et que ces limitations n'étaient pas de nature à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

9.2 S'agissant de la seconde demande de rente, l'OAIE et son service médical, sur la base de la documentation médicale apportée par le recourant et également de celle produite par l'entremise de la sécurité sociale portugaise, a noté en substance le diagnostic d'un status post-traumatique avec des limitations fonctionnelles peu objectivables d'un point de vue de l'AI. Le médecin de l'OAIE a 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 était essentiellement la même symptomatologie constatée lors de la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire par le ZMB le 18 août 2003 et lors de l'établissement des rapports E 213 les plus récents. En particulier, le rapport E 213 du 23 mai 2007 confirme que la situation médicale était analogue à celle qui prévalait lors de l'examen précédent et que le recourant n'est pas incapable d'exercer son ancienne activité. Ce médecin a dès lors conclu que la nouvelle

documentation médicale avancée par le recourant n'apportait aucun élément nouveau ou parlant en faveur de la détérioration de l'état de santé de l'assuré. Il a conclu que des activités légères à moyennes adaptées aux limitations de A._____ étaient pleinement exigibles. Or, comme l'a justement relevé l'OAIE, les affections répertoriées dans les documents produits correspondent à celles qui avaient déjà été diagnostiquées dans le cadre de la précédente demande de prestations, ce qui exclut une détérioration manifeste de son état de santé.

Le Tribunal de céans peut confirmer cette appréciation de l'autorité intimée prise sur la base d'un rapport circonstancié de son service médical, conforme aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral, en réponse à la documentation médicale produite par le recourant. La décision sur opposition doit dès lors être confirmée et le recours rejeté.

10.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]) et compensés par l'avance de frais versée le 12 février 2008.

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

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée le 12 février 2009.

3.

Il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ***.**.*.**.*)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

La présidente du collège :

Le greffier :

Elena Avenati-Carpani

Oliver Collaud

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 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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :