

BVGer C-1464/2009 vom 4. Juli 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-07-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1464_2009

FR: TAF C-1464/2009 du 4 juillet 2011

IT: TAF C-1464/2009 del 4 luglio 2011

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 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), l'autorité de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-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), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis 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. La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1er janvier 2008), les dispositions de la LPGA sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. Les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

E. 1.3

En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et régularisé à temps. Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA); il a partant qualité pour recourir.

E. 2

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1er janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle

du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). En outre, le 1^{er} janvier 2008 sont entrés en vigueur les modifications de la LAI introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision, RO 2007 5129). 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 consid. 1.2), le droit à une prestation s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 à la lumière des normes de la 4^{ème} révision et, à partir du 1^{er} janvier 2008, de celles de la 5^{ème} révision. Le recourant s'est en effet adressé à l'autorité compétente en Suisse pour faire valoir ses droits à des prestations AI en janvier 2008 (cf. pce 2). Le formulaire E 213 mentionne comme date de la présentation de la demande de pension le 20 mars 2008. Or un refus administratif d'une pension d'invalidité en France a été notifié à l'assuré le 6 décembre 2007. Il ne peut dès lors pas être exclu qu'une demande de prestations ait été déposée avant le 1^{er} janvier 2008.

E. 3

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007); à compter du 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit compter trois années au moins de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur modifiée le 6 octobre 2006); dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année, respectivement pendant plus de trois années au total (cf. pce 103) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 4.1

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 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. 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 de lui 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 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

E. 4.2

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, depuis la 4^{ème} révision; art. 28 al. 1 et 2 depuis la 5^{ème} révision). En l'espèce, il est manifeste que l'état de santé de l'intéressé est labile, c'est à dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation. Partant, le droit à la rente lui sera ouvert s'il est notamment établi qu'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne au moins pendant une année sans interruption notable et qu'il est depuis lors invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 et al. 2, 29 al. 1 let. b LAI, 4^{ème} révision; art. 28 al. 1 let. b et c et 28a al. 1 LAI, 5^{ème} révision; art 16 LPGA). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsque l'assuré est citoyen suisse ou ressortissant de l'UE et réside dans un Etat membre dans le sens de cet accord (ATF 130 V 253 consid. 3.1). La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 4.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 265 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c). Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur dès le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 5.1

L'art. 69 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 5.2

En l'espèce, il convient d'examiner si et à partir de quand l'assuré a acquis un droit à une rente d'invalidité. Le pouvoir d'examen du Tribunal de céans dans la présente procédure est en principe limité à la date de la décision attaquée, soit celle du 26 janvier 2009. Dans ce contexte, il convient de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent - pour des raisons d'économie de procédure - aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

E. 6

Le recourant a travaillé en Suisse entre 1966 et 2002. Après son établissement en France, il a enregistré des périodes d'assurance comme salarié entre 2003 et 2006, ayant été employé par intermittence en qualité de conducteur de travaux dans une entreprise du bâtiment (cf. pces 6, 7 et 13). Une invalidité de catégorie 2 est reconnue par la sécurité sociale française dès le 12 octobre 2007, alors que l'assuré lui-même affirme avoir cessé de travailler dès le 7 mai 2007 sur décision de la sécurité sociale et ne plus avoir repris d'activité lucrative. La durée exacte de l'activité lucrative effective en France ne ressort cependant pas clairement du dossier. En effet, selon l'indication contenue dans le formulaire E 204, l'intéressé a cessé son activité professionnelle en novembre 2006 déjà. Par ailleurs, il résulte du document E 205 que l'assuré qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an ne peut pas bénéficier d'une pension au titre de la législation française. Dans ces circonstances, c'est sur la base de la documentation médicale au dossier qu'il convient d'examiner si et, le cas échéant à partir de quelle date, le recourant présente une incapacité de travail relevante dans le sens de la loi.

E. 7.1

En l'espèce, il est établi que le recourant présente notamment un long passé de maladie athéromateuse sur le plan cardiovasculaire dans un contexte de diabète insulino-requérant, marqué par un infarctus aigüe inféro-latéral en 1990, thrombolyse, nouvelle hospitalisation en avril 1991 pour angor, status après échec d'une tentative d'angioplastie pour maladie coronaire monotronculaire, status après double pontage aorto-coronarien en novembre 1991, artériopathie occlusive des membres inférieurs avec état après multiples interventions (dilatation, stent), status après double angioplastie coronaire avec pose de stents en avril 2003 et nouvelle angioplastie avec pose de stent en 2004, angioplastie avec trois stents sur les deux jambes en 2006, infarctus dans le territoire inférieur récent (voir rapport du 26 novembre 2007, pce 82), récurrence d'un syndrome coronarien aigu à J 8 après angioplastie de l'artère IVP en décembre 2007 (pce 85), status après pontage ilio-fémoral et fémoro-poplité pour sténose serrée et kyste poplité du membre inférieur droit le 1er septembre 2008, avec soins de suite et de réadaptation cardiovasculaire jusqu'au 26 septembre 2008, épisode infectieux en décembre 2008 nécessitant la résection du pontage prothétique, présence de séquelles ischémiques avec lacunes au niveau capsulo-lenticulaire et capsulo-caudée droits à l'IRM cérébrale du 25 avril 2009 et présence d'un petit accident ischémique punctiforme ancien au niveau pariétal postérieur droit, ainsi que des troubles de l'élocution.

E. 7.2

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2 et 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 4.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et réf. cit.), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 1034/06 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.3.2; I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4; I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2; I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2 s; I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4; arrêt du Tribunal cantonal du canton de Fribourg du 10 juillet 2008, SVR 2009 IV n° 8).

E. 7.3

Quant à l'exigibilité d'une activité dans le cas concret, les avis exprimés par les médecins divergent. D'un côté, le Dr C. _____, médecin contrôleur de l'ELSM du Loiret, atteste une invalidité de catégorie 2 à partir du 12 octobre 2007 en raison d'une cardiopathie ischémique avec douleurs angineuses et artérites des membres inférieurs, sans toutefois

prendre position quant à l'incidence d'éventuels déficits fonctionnels. Dans le rappel clinique du compte rendu opératoire du 1er septembre 2008, le Dr F. R. _____ mentionne une claudication invalidante et constate des lésions beaucoup plus importantes que prévues, occupant toute la fémorale commune. Le Dr Y. _____, ancien cardiologue traitant du recourant en Suisse, constate, lors d'une consultation du 25 février 2009, que l'assuré présente actuellement une invalidité en relation avec son artériopathie, l'infection au niveau des membres inférieurs l'empêchant de réaliser quelque effort que ce soit. L'exercice d'une activité professionnelle, même sans effort physique, étant impossible actuellement et une récupération suffisante à permettre une réinsertion quelconque paraissant totalement illusoire, le Dr Y. _____ estime important de réévaluer la situation de l'assuré quant à l'attribution d'une rente AI. Enfin, le Dr P. _____, médecin agréé auprès des administrations, retient un déficit fonctionnel largement supérieur à 66% et non envisageable à un taux inférieur ultérieurement. Il conclut d'ores et déjà à une invalidité totale et définitive. A cet égard, il relève, lors de l'examen du 20 mai 2009, le mauvais état général et un handicap majeur sur le plan des fonctions de maintien et de déplacement, ainsi que de la communication (orale) se traduisant par un retentissement très important dans les actes de la vie courante. En effet, l'assuré est très largement dépendant de l'aide de son épouse dans les actes de la vie courante, attendu qu'il se déplace en fauteuil roulant, la marche ne pouvant s'effectuer qu'avec l'aide de deux cannes anglaises dans un périmètre de marche n'excédant pas 30 mètres. Bien que les fonctions intellectuelles soient globalement préservées, il est noté un retentissement des fonctions cognitives liées à la douleur et à la prise des médicaments (prise quotidienne d'antalgiques du pallier 3 de la classification de l'OMS, Rivotril, Patches de morphine + Actiskenan 0,5, réservés à des douleurs extrêmement intenses). De l'autre côté, le Dr K. _____, service médical de l'OAIE, bien que retenant une limitation pour un travail physique lourd et relevant que le rapport médical E 213 ne contient aucun renseignement à part des diagnostics et la reconnaissance d'une invalidité de catégorie 2 dès le 12 octobre 2007, estime dans son évaluation du 27 septembre 2008 que l'intéressé, architecte d'intérieur en Suisse et directeur technique dans une entreprise de maçonnerie dans son dernier emploi en France, ne subit pas de limitation fonctionnelle qui serait incompatible avec le dernier métier exercé. Ainsi, malgré une pathologie vasculaire importante évoluant depuis 1990 et de multiples interventions chirurgicales, il n'y aurait notamment aucun indice médical en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré par rapport à la période où il travaillait encore. Dans ses prises de position des 10 juillet et 9 octobre 2009, il maintient son appréciation, admettant toutefois une aggravation dès le 30 décembre 2008. A partir de cette date, l'état est qualifié d'incompatible avec toute activité professionnelle. Une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle pourrait alors être reconnue dès le 7 mai 2007, date de la décision de la sécurité sociale française, alors que ce même médecin considère que ni cette date, pas plus que celle du 12 octobre 2007, ne correspond à un événement médical particulier. Il souligne en outre qu'il ne voit pas d'argument pour reconnaître une incapacité supérieure à 30% avant le 30 décembre 2008. En l'occurrence, de l'avis du service médical de l'OAIE, l'état de santé du recourant ne se serait aggravé de façon significative qu'à partir du 30 décembre 2008 (cf. pce 105). Or, si le Dr K. _____ considère que ni l'affection cardiaque de longue date, ni la claudication intermittente documentée depuis 1999, n'auraient empêché l'assuré de travailler sans interruption notable jusqu'en mai 2007, il omet de se prononcer à propos du fait que l'assuré, du moins durant les années de résidence en France, n'a exercé une activité professionnelle que de manière restreinte et par intermittence. L'assuré ne justifie ainsi que

d'une période d'assurance inférieure à un an en France (cf. E 205 et pce 2). Critiquant la parfaite méconnaissance par le service médical de l'OAIE du cahier des charges d'une direction technique d'une entreprise de maçonnerie, l'assuré affirme avoir été limité dans son activité dès 2005, notamment dans ses déplacements, en raison de l'artériopathie occlusive des membres inférieurs (claudication intermittente, documentée dès 1999, cf. pce 49) et des effets de certains médicaments prescrits lesquels rendent la conduite d'un véhicule et la visite de chantiers problématique (dossier recours: pces 1, 11 et 17). Il déclare ainsi avoir été mis en invalidité à la suite de plusieurs arrêts de travail. Il mentionne par ailleurs l'absence de compte-rendu relatif à une hospitalisation en urgence en novembre 2007 et à un séjour stationnaire en centre de réadaptation (septembre 2008), ainsi que du document de la sécurité sociale française relatif à sa mise en invalidité (voir recours et annexes, correspondance du 6 novembre 2009).

E. 7.4

Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal ne saura exclure sans autre la survenance d'un cas d'assurance avant la date de la décision dont est recours. L'autorité de céans n'est ainsi pas en mesure de suivre sans réserve les conclusions de l'OAIE et de son service médical. D'une part, le Dr K._____, spécialiste en médecin générale, ne dispose pas de spécialisation complémentaire dans le domaine intéressant ici. S'agissant en l'espèce d'un cas lourd (assuré à haut risque cardio-vasculaire, cf. rapport de la Clinique Alleray-Labrouste du 21 décembre 2007, pce 85), évoluant depuis de nombreuses années, l'OAIE aurait dû mandater en effet un spécialiste en cardiologie/angiologie pour se prononcer sur l'incidence des pathologies en question sur la capacité de travail de l'assuré dans sa dernière activité de conducteur/directeur de travaux dans une entreprise de maçonnerie et, le cas échéant, dans une activité de substitution compatible avec l'état de santé. Pour ce seul motif déjà, la décision attaquée doit être annulée (sur ce point: arrêts du TF 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4, 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 et I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3.1.1 et réf. citées). D'autre part, le dossier s'avérant lacunaire à plusieurs égards, l'autorité aurait dû le compléter auprès des instances françaises compétentes, notamment faire produire les documents ayant motivé la mise en invalidité de catégorie 2, établir le taux d'occupation dans la dernière activité ainsi que la cessation effective de l'activité et déterminer si la décision de refus administratif du 6 décembre 2007 correspond éventuellement à une demande de prestations introduites auprès de l'autorité française avant 2008.

E. 8

Compte tenu de ce qui précède ainsi que des contradictions relevées et des appréciations médicales divergentes quant à l'exigibilité d'une capacité de travail excluant le droit aux prestations, le Tribunal de céans considère que la motivation soutenue par l'autorité inférieure n'est pas suffisamment étayée. Le recours doit dès lors être partiellement admis dans le sens que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure afin que celle-ci prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire (cf. art. 61 PA). In casu l'application de l'exception prévue est justifiée si l'on considère les lacunes présentes dans cette cause et l'importance des informations à recueillir (voir consid. 8.4 ci-dessus). Par conséquent, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, après avoir complété le dossier comme décrit auprès des instances en France, soumettra l'assuré à une expertise médicale spécialisée (cardiologie, chirurgie vasculaire), de préférence auprès d'un centre hospitalier universitaire en Suisse,

non sans avoir soumis auparavant aux experts le dossier médical et administratif complet de l'assuré. Les experts se prononceront en particulier sur l'évolution des pathologies en question et sur l'état de santé actuel; ils, respectivement l'OAIE, décideront aussi de l'opportunité de plus amples investigations dans d'autres domaines spécifiques en rapport avec les atteintes. Les examens complémentaires jugés utiles devront être programmés de sorte à pouvoir être effectués dans le cadre de l'expertise. Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'OAIE, lequel se prononcera sur le degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision attaquée en tenant compte de toutes les limitations relevées dans la dernière activité exercée (directeur de travaux) et d'éventuelles activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir avec précision. Ensuite, au terme de la procédure d'audition, l'autorité inférieure rendra une nouvelle décision.

E. 9

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est toutefois mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). Il n'est donc pas perçu de frais de procédure (63 al. 1 et 2 PA; art. 6 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais versée d'un montant total de Fr. 300.-- sera restituée au recourant dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucune indemnité de dépens n'est allouée au recourant lequel, non représenté par un mandataire professionnel, n'a pas eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, (cf. art. 7 al. 1 FITAF et 64 al. 1 PA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.