

BVGer C-5960/2013 vom 6. Oktober 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5960_2013

FR: TAF C-5960/2013 du 6 octobre 2015

IT: TAF C-5960/2013 del 6 ottobre 2015

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 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.

E. 1.4

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

E. 2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3); elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin; enfin elle

applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, op. cit., ch. 2.2.6.5).

E. 3.1

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, entré en vigueur le 1er juin 2002. Sont également applicables le 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 que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), auxquels l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012. Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, 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. Comme avant 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. Il convient de rappeler en effet que de jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêts du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1 et I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

E. 3.2

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à des prestations doit être examiné en l'espèce à l'aune des modifications de la LAI et de son règlement d'exécution introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215), pour les faits ayant eu lieu entre cette dernière date et le 31 décembre 2011, puis à l'aune des dispositions telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente AI, en particulier sur le point de savoir si les affections dont il est ou a été victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue et avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI), étant précisé que 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 puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement [CE] n° 883/2004). En l'espèce, l'extrait du compte individuel du recourant (OAIE doc 14), où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse, en particulier l'année de cotisations et la durée de cotisations en mois (art. 30ter de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]; art. 133 ss et 140 al. 1 let. d du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants [RAVS,RS 831.101]), indique que l'intéressé a cotisé à l'AVS/AI suisse pendant 26 mois, entre 1972, 1973 et 1984, soit durant une période inférieure aux trois années entières de cotisations exigées par l'art. 36 al. 1 LAI, mais toutefois supérieure à une année. Il convient donc de prendre en compte les cotisations versées, en l'occurrence, à la sécurité sociale espagnole. Le formulaire E 205 notamment fait état à cet égard d'une période de cotisations de 13'838 jours au total (OAIE pce 2; voir également OAIE doc 43 p. 5). Le recourant remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations, de sorte qu'il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. 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 (art. 6 LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

E. 7

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève,

Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. Ainsi, pour déterminer l'incapacité de travail, il y a lieu de se référer uniquement à la baisse de rendement dans la profession que l'assuré exerçait jusqu'alors et qui a donné lieu, sur la base des constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début de la période de carence (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2025). Pour établir rétrospectivement quand la période de 360 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle. Une réduction de la capacité de travail de 20% suffit en principe à ouvrir la période d'attente (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2029). Pour qu'il puisse ensuite continuer à courir, le délai d'attente de 360 jours ne doit pas subir d'interruption notable. Aux termes de l'art. 29ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail, donc du délai d'attente, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2031).

E. 8

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6). Le juge des assurances sociales 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. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 9

Il ressort du dossier que le recourant a été victime, en février 2012, d'un infarctus aigu du myocarde, qui a nécessité la pose d'un stent et un séjour à l'hôpital, du 21 au 28 février 2012, suivi d'une période de réadaptation cardiovasculaire, du 21 mai au 22 novembre 2012, auprès de l'Unité de prévention et de réadaptation cardiovasculaire de l'Hôpital D. _____, et qu'il souffre d'une cardiopathie ischémique. Selon les examens réalisés en cardiologie, il présenterait une bonne fonction systolique globale et segmentaire, ainsi qu'une légère hypertrophie septale avec un trouble de la relaxation. Les autres diagnostics retenus par les médecins sont notamment ceux d'hypoacousie, profonde à l'oreille droite, légère à l'oreille gauche, laquelle est appareillée, d'un carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure opéré en mai 2010, d'abcès et fistule périanaux ayant nécessité différentes interventions chirurgicales

en tout cas en 2007 et en septembre et novembre 2011, d'hémorroïdes, d'hypertonie, de lombalgies et de cervicalgies, de gonalgies, d'arthrose, d'hypertension essentielle, d'hyperuricémie, d'anémie due à une carence en fer, d'hyperlipidémies, de troubles fonctionnels de l'estomac, d'ostéopénie et de néphropathie. Les médecins, en fonction de leur spécialité, s'accordent pour l'essentiel sur ces diagnostics. La Dresse C._____, médecin de famille, le Dr E._____, du service de cardiologie du Centre des spécialités de X., et l'Unité de prévention et de réadaptation cardiovasculaire de l'Hôpital D._____, ainsi que le recourant lui-même, font par ailleurs mention à plusieurs reprises d'anxiété, de dépression et de dysfonction psycho-sexuelle (OAIE docs 9, 21, 28, 46, 47; TAF pces 19, 26).

E. 10.1

S'agissant à présent des conséquences des atteintes à la santé précitées sur la capacité de travail du recourant, il apparaît, parmi les documents médicaux versés au dossier, que seul s'exprime à cet égard le rapport E 213 du 2 avril 2013, établi par la Dresse F._____, médecin inspectrice de l'INSS, suite à l'examen de l'intéressé le 27 mars 2013 (OAIE doc 10). La Dresse F._____ retient les diagnostics de STEMI, avec maladie d'un vaisseau coronaire, de gonarthrose bilatérale, d'arthrose cervicale et de tassement vertébral en T9 (p. 8). Dans l'historique clinique, elle signale également l'hypoacousie, l'hyperuricémie et l'hypertension, et note que le recourant se plaint de dyspnée modérée à l'effort; se référant, par ailleurs, au dernier échocardiogramme effectué, en août 2012 (voir OAIE docs 25, 51), elle relève la bonne fonction systolique globale et segmentaire, et l'hypertrophie septale légère avec trouble de la relaxation dont fait état l'échocardiogramme (p. 2). Sur la base de ces constats, la Dresse F._____ estime qu'il faut limiter les activités qui exposeraient l'intéressé à des situations environnementales (chaud/froid) et psychosociales (lourdes responsabilités, stress, travail par quarts) pénibles (p. 8), et que l'intéressé ne peut travailler sans l'aide d'une autre personne (p. 9); elle conclut à une incapacité de travail totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (p 10). Si, comme l'exige la jurisprudence (voir supra consid. 8), le rapport E 213 contient bien une anamnèse, sous la forme d'un historique clinique, et tient compte des antécédents et plaintes de l'intéressé, il appert toutefois que ceux-ci sont peu précis et ne contiennent que peu d'informations, au regard de l'histoire tant médicale que professionnelle du recourant. En outre, la Dresse F._____, qui relève notamment que la fonction systolique est bonne, n'explique pas en quoi l'état de santé de l'intéressé justifie les limitations fonctionnelles retenues, ni pourquoi le recourant ne peut travailler sans l'aide d'une autre personne, alors que le formulaire E 213 en demande expressément la raison, ni pourquoi, enfin, aucune activité ne peut être exigée de l'intéressé au vu des limitations fonctionnelles retenues. Mal motivé, incomplet et peu clair sur les relations entre les troubles diagnostiqués, les limitations fonctionnelles et l'incapacité du recourant dans une activité professionnelle, le rapport E 213 ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles en la matière et ne saurait convaincre le Tribunal de céans.

E. 10.2

En sus du peu de qualité du rapport E 213, il s'avère que les autres documents médicaux versés au dossier, qui, sans se prononcer expressément sur la capacité de travail, font état de certaines aptitudes et limites du recourant, ne permettent ni de confirmer, ni d'infirmes les conclusions de la Dresse F._____, ni de se faire une opinion, ne serait-ce que vraisemblable, sur la capacité de travail de l'intéressé. En effet, outre qu'ils sont succincts, s'agissant souvent de compte-rendu d'hospitalisation ou d'examens, ces documents

médicaux ne font pas tous les mêmes constats quant aux capacités du recourant. Si beaucoup font état d'une dyspnée à l'effort, pour le Dr E. _____ (OAIE docs 24, 25) et la Dresse C. _____ (OAIE docs 22), la dyspnée apparaît lors d'efforts modérés, alors que pour l'Equipe d'évaluation de l'invalidité de l'INSS du 27 février 2013 (OAIE docs 17), le recourant doit déjà éviter les efforts légers. Par ailleurs, selon le rapport de sortie du 28 février 2012 du service de cardiologie de l'Hôpital universitaire et polytechnique D. _____, établi suite à l'hospitalisation de l'intéressé pour une coronographie et la pose d'un stent (OAIE doc 20), le recourant serait indépendant dans les activités de la vie quotidienne, ce que tend à confirmer la carte pour personne avec invalidité au nom du recourant, valable jusqu'au 1er novembre 2012, indiquant qu'il n'est pas limité dans sa mobilité et qu'il n'a pas besoin de l'aide d'un tiers (OAIE doc 78), alors que d'après la Dresse C. _____, dans un rapport du 15 novembre 2012 (OAIE doc 22), l'intéressé présenterait des limitations dans les activités quotidiennes, en raison d'une dyspnée et d'une douleur polyarticulaire généralisée; plus tard, dans un rapport du 25 février 2014 (TAF pce 26), certes postérieur à la décision litigieuse, - de sorte qu'il ne devrait être considéré que pour autant qu'il concerne la période soumise à l'examen du Tribunal de céans (ATF 129 V 4 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1.b, ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a) -, mais qui retient les mêmes diagnostics, voire plus de diagnostics encore, que dans ses rapports précédents, la Dresse C. _____ déclare toutefois que le recourant est indépendant dans tous les gestes et activités de la vie quotidienne. Seuls les formulaires de communication d'incapacité temporaire à la sécurité sociale espagnole, datés des 22 et 25 février 2012, et des 9 et 16 février 2013 (OAIE docs 43 p. 60 et 61, 27), font état d'une inaptitude au travail pour une certaine période, mais ils correspondent à de sommaires avis d'arrêt de travail n'ayant que peu de valeur probante.

E. 11.1

Or, c'est sur ces seuls documents, peu convaincants, que le médecin du service médical de l'OAIE, le Dr G. _____, s'est fondé pour arriver à la conclusion, dans ses prises de position des 19 juillet et 3 septembre 2013, et des 5 mars et 26 juin 2014 (OAIE docs 67, 87; TAF pces 30, 40), que le diagnostic principal est celui d'infarctus aigu du myocarde, les autres atteintes à la santé observées par les médecins espagnols n'ayant, à son avis, aucune influence sur la capacité de travail, et, à l'opposé de la Dresse F. _____, que le recourant ne présente aucune incapacité de travail, étant apte à exercer à plein temps et sans restriction, dès février 2012, son ancienne activité de concierge, physiquement légère, de même que toute autre activité n'exigeant pas le port de charges supérieures à 10 kg. Pour cette raison déjà, le Tribunal de céans ne saurait se rallier aux conclusions du Dr G. _____.

E. 11.2

Par ailleurs, il convient de relever que dans aucune de ses prises de position, le Dr G. _____ ne prend la peine de justifier son opinion. Ainsi dans le premier de ses avis, du 19 juillet 2013, il se contente de lister et rapporter les observations contenues dans les différents documents médicaux produits par le recourant, pour ensuite, dans l'appréciation du cas, exposer une nouvelle fois les événements médicaux tels que constatés par les médecins espagnols, signaler qu'il n'y aurait ni angine de poitrine, ni troubles du rythme cardiaque et en conclure, sans motivation, ni discussion, qu'à son avis, le recourant présente une pleine capacité de travail dans son ancienne activité de concierge, et ce, dès février 2012. Le Dr G. _____ n'explique pas, notamment, les raisons pour lesquels il pense que le

recourant pouvait reprendre une activité dès sa sortie de l'hôpital, alors que le rapport du 22 novembre 2012 de l'Unité de prévention et de réadaptation cardiovasculaire de l'Hôpital D._____, établi suite à l'achèvement du programme de prévention et de réadaptation cardiovasculaire suivi par l'intéressé du 21 mai au 22 novembre 2012, ne permet pas de déterminer à quel point la rééducation était nécessaire, ni l'intensité et le temps pris par celle-ci, et si donc le recourant pouvait réellement exercer une activité professionnelle simultanément. De même, le médecin AI se borne à affirmer, sans plus argumenter, qu'une incapacité de travail totale, telle qu'attestée par le rapport E 213, n'est pas soutenable. Les trois autres prises de position du Dr G._____ sont rédigées selon le même modèle. Ainsi dans ses avis des 5 mars et 26 juin 2014, le médecin AI qui, convient-il de préciser, est spécialiste en médecine interne générale et n'est donc en particulier ni cardiologue, ni psychiatre, ni rhumatologue, ni spécialiste ORL, et qui n'a pas par ailleurs examiné le recourant, affirme de manière générale et sans autre développement que ni l'hypoacousie, ni l'hyperuricémie, ni l'anémie, ni les lombalgies n'empêchent l'exercice d'une activité lucrative, et que beaucoup des problèmes de santé dont il est fait état peuvent être soignés ou se fondent sur des éléments purement subjectifs, comme par exemple le trouble dépressif. Sur le plan psychiatrique précisément, comme pour l'angine de poitrine et les troubles du rythme cardiaque, le Dr G._____ se limite à observer qu'aucun syndrome significatif n'est documenté. Il indique également que la longue liste de diagnostics de la Dresse C._____ "ne justifie aucune limitation de la capacité de travail, puisqu'aucune limitation fonctionnelle n'a été démontrée" (prise de position du 26 juin 2014 [TAF pce 40]). Or, il y a lieu de rappeler que le rapport du service médical de l'OAIE doit contenir les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Le rôle du service médical est ainsi de résumer et de porter une appréciation sur les conclusions déjà existantes et la situation médicale de la personne concernée, ce qui implique aussi de dire sur quelle pièce médicale il y a lieu de se fonder ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, le rapport du service médical de l'OAIE ne constituant pas un examen médical sur la personne concernée. Ce rapport ne doit pas ainsi poser de nouvelles conclusions médicales (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Par conséquent, lorsque le Dr G._____ constate que certaines atteintes ne sont pas ou sont mal documentées, ou que les documents médicaux au dossier n'apportent pas la preuve de limitations fonctionnelles, il ne peut se contenter d'en déduire que le recourant a une pleine capacité de travail; on pouvait bien plutôt s'attendre à ce qu'il conseille un complément d'instruction, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce.

E. 11.3

Enfin, le Dr G._____ conclut, dans ses différents avis, que l'activité de concierge exercée jusqu'au moment de l'arrêt de travail en février 2012, comme toute activité physiquement légère, est exigible à plein temps dès après l'infarctus du myocarde. Il arrive donc à la conclusion qu'il n'existe aucune incapacité de travail, autrement dit aucune diminution de rendement, dans l'activité professionnelle habituelle, qui pourrait marquer le début du délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Ce faisant, il considère que l'activité de concierge/gardien d'immeuble qu'exerçait le recourant jusqu'en février 2012 était l'activité habituelle de ce dernier. Or se trouvent au dossier divers éléments laissant penser qu'il pourrait plutôt s'agir d'une activité adaptée. En effet, le contrat de travail, signé le 21 mars 2011, qui liait le recourant à l'entreprise H._____ S.L. concernant l'emploi de

concierge/gardien d'immeuble, est intitulé "contrat de travail à durée indéterminée pour l'embauche de personnes handicapées [...]" (OAIE doc 16 p. 9, 10). Par ailleurs, comme cela résulte en particulier du questionnaire pour indépendants (OAIE doc 43 p. 1 à 3) et de l'exposé d'une demande de prestations, du 25 juin 2013 (OAIE doc 63), rempli par le gestionnaire du dossier auprès de l'OAIE, ainsi que de l'écriture du recourant du 26 février 2014 (TAF pce 26), le recourant aurait travaillé comme chauffeur de bus pour le transport de passagers et d'écoliers, avant d'exercer, sans limitations, pendant près de 15 ans, du 1er juillet 1992 au 14 novembre 2006, l'activité de transporteur routier indépendant, pour le transport de béton et de marchandises. Puis, durant plus de trois ans, dès le 15 novembre 2006 jusqu'au 31 janvier 2010 selon certains documents de la sécurité sociale espagnole (OAIE doc 38 p. 4), il aurait exploité comme indépendant un petit commerce de vente de journaux, magazines et alimentation. Si l'intéressé explique qu'il a dû cesser cette dernière activité, d'ailleurs suivie d'une période de chômage jusqu'à l'emploi de concierge (OAIE doc 38 p. 4), en raison de la crise économique en Espagne, il indique en revanche que durant les années pendant lesquels il exerçait l'activité de transporteur routier, on lui a diagnostiqué, et traité, une hypertension artérielle, un cancer de la lèvre, une hypoacousie sévère et des abcès périanaux, qui ont conduit le Centre d'évaluation et d'orientation de l'invalidité à lui délivrer un certificat d'invalidité pour un taux de 65%, et que c'est en raison de cette invalidité qu'il n'aurait plus pu poursuivre son activité de chauffeur routier. Il ressort ainsi de ces éléments que l'activité de chauffeur/transporteur routier pourrait s'avérer constituer en fait l'activité habituelle du recourant, que celui-ci a dû cesser en novembre 2006 pour raisons de santé, selon ses dires, et que par conséquent l'activité de commerce de détail d'alimentation/magazines, puis ensuite l'activité de concierge, seraient des activités adaptées à l'état de santé de l'intéressé. Si tel était le cas, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle débiterait alors en novembre 2006. C'est d'ailleurs la proposition qui avait été faite par le gestionnaire du dossier AI dans l'exposé d'une demande de prestations (OAIE doc 63 p. 2). Or, au cours de l'instruction du dossier, ni le Dr G. _____, qui pourtant, dans sa première prise de position du 19 juillet 2013, se réfère à l'exposé d'une demande de prestations, ni l'autorité inférieure ne se sont exprimés à cet égard, pour expliquer les motifs pour lesquels ils considéraient l'activité de concierge comme l'activité habituelle du recourant.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'intensité des atteintes dont souffre le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'autorité inférieure ne pouvait donc se baser sur les pièces médicales au dossier et, en particulier, sur les appréciations de son service médical, pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, et aurait dû procéder à des investigations supplémentaires avant de statuer. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (art. 61 al. 1 PA). Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références;

Michel Valterio, op. cit., n. m. 2870). Partant, en application de l'art. 61 al. 1 PA et en accord avec la jurisprudence en la matière (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 17 septembre 2013 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé physique et surtout psychique du recourant, les limitations fonctionnelles qui en découlent et sa capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans des activités adaptées. Pour ce faire, l'OAIE s'adressera aux médecins du recourant afin d'obtenir des rapports complets et précis sur son état de santé et l'évolution de celui-ci, sur les traitements suivis et sur la capacité de travail, pour la période précédant et suivant l'arrêt de son activité de transporteur indépendant en novembre 2006, afin de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante au moins, si véritablement, le recourant ne pouvait plus exercer cette activité dès cette date en raison de son état de santé et si les activités de commerce de détail, puis de conciergerie sont des activités adaptées, auquel cas il s'agira d'effectuer une comparaison des revenus afin de fixer l'invalidité de l'intéressé. Il conviendra ensuite de préciser l'état de santé du recourant, notamment psychique, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail pour la période qui suit l'infarctus du myocarde en février 2012, pour établir si oui ou non il pouvait encore travailler, à quel taux et dans quelle activité. Si nécessaire, l'OAIE soumettra le recourant à une expertise pluridisciplinaire auprès de services spécialisés susceptibles de se prononcer sur les différentes atteintes dont souffre le recourant (en particulier: cardiologie, psychiatrie, ORL, rhumatologie, etc), pour obtenir leur avis tant sur la période précédant novembre 2006 que pour celle qui suit.

E. 13

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), 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. Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de Fr. 412.- versée par le recourant au cours de la procédure lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 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), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, toutefois, le recourant n'ayant pas été représenté par un avocat ou un mandataire professionnel, il n'est pas alloué de dépens.

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