



Cour III
C-1454/2012

Arrêt du 27 juin 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Francesco Parrino, Daniel Stufetti, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Malek Adjadj,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 9 février 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant suisse, né le (...) 1964, a séjourné en Suisse de 1969 à 1997. En 1997, il a quitté la Suisse pour retourner en République tchèque et s'est affilié à l'assurance AVS/AI facultative.

B.

Le 24 janvier 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE). Il a indiqué qu'il souffrait des séquelles d'un cancer colorectal dépisté en juillet 2008 et opéré en novembre 2008 avec dysfonctionnement des fonctions de l'appareil gastro-intestinal et qu'il était homme au foyer depuis 1997 (AI pce 2).

C.

Au cours de l'instruction, l'OAIE a versé un nombre important de rapports médicaux au dossier, la plupart en langue tchèque avec traduction française (AI pces 91 à 128). Dans sa prise de position médicale du 22 octobre 2011, le Dr B._____ du Service médical de l'OAIE a estimé qu'il y avait, suite aux séquelles du cancer du rectum et son opération, une incapacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et ne s'est pas prononcé sur l'incapacité de travail pour les travaux du ménage (AI pce 130). Dans son appréciation du 14 novembre 2011, la Dresse C._____ a considéré que, selon la méthode spécifique, il y avait une incapacité de travail de 70 % à partir du 28 août 2008 pendant toute la durée des traitements du cancer du rectum, puis de 29 % à partir du 1^{er} janvier 2009, soit 6 semaines après la résection du rectum (AI pce 133).

D.

Par projet de décision du 18 novembre 2011, l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations parce qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens des dispositions légales, l'incapacité temporaire d'accomplir les travaux habituels du 28 août 2008 au 1^{er} janvier 2009 (6 semaines de convalescence) n'ayant pas duré une année et n'ouvrant pas le droit à la rente (AI pce 134).

Par lettre du 20 décembre 2011, l'assuré a formulé des objections au projet de décision (AI pce 141). Il a argué que les séquelles consécutives au cancer du côlon, dont il avait souffert, justifiaient de lui allouer une rente d'invalidité. Il a demandé de pouvoir faire l'objet d'une expertise médicale complémentaire en Suisse et a produit divers certificats médicaux (AI pces 136 à 140).

Appelée à se prononcer, la Dresse C._____, oncologue du service médical de l'OAIE, a constaté dans son appréciation du 1^{er} février 2012 que le courrier du 20 décembre 2011 et les rapports médicaux produits n'apportaient aucun élément nouveau qui justifierait une modification de sa prise de position médicale (AI pce 143).

E.

Par décision du 9 février 2012 (AI pce 49), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour les raisons déjà indiquées dans le projet de décision (AI pce 134).

F.

Par courrier du 14 mars 2012, remis à la poste le même jour, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci après: le Tribunal), a fait valoir une violation du droit d'être entendu et a conclu à la réforme de la décision en ce sens que sa demande de prestations soit acceptée. Le recourant a noté qu'il souffrait des séquelles de l'ablation d'une portion de 16 cm du rectum, devait se rendre plusieurs fois aux toilettes durant la nuit, ce qui l'empêchait de dormir, de se reposer et donc d'accomplir toute activité lucrative ainsi que toute activité continue. De plus il a mentionné qu'il avait des problèmes psychologiques et craignait une rechute après la phase actuelle de rémission (TAF pce 1).

G.

L'OAIE a soumis le dossier à son service médical. Dans son rapport du 15 août 2012, la Dresse C._____ a précisé que, médicalement, il fallait observer les remarques du Dr D._____ selon lesquelles la fréquence des selles environ 10 fois par jour n'était pas un effet transitoire mais définitif. De plus elle a mentionné qu'il fallait utiliser la méthode spécifique pour le calcul du degré d'invalidité car l'assuré avait interrompu son activité lucrative de longue date pour des raisons non médicales, et donc évaluer les répercussions de l'atteinte à la santé dans les activités du ménage et autres quotidiennes. Pour ces deux raisons, la Dresse C._____ est revenue sur sa prise de position précédente et a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 70 % dès le 28 août 2008 et de 50 % à partir du 1^{er} janvier 2009, soit six semaines après l'opération (AI pce 153).

Dans sa réponse au recours du 3 septembre 2012, l'OAIE a proposé l'admission partielle du recours, en ce sens que soit reconnu à l'assuré le

droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2011, soit six mois après sa demande de prestations (TAF pce 9).

H.

Par courrier du 8 novembre 2012, l'assuré a communiqué au Tribunal que la proposition de l'OAIE le satisfaisait et qu'il considérait qu'il obtenait ainsi gain de cause. Vu l'issue de la procédure, il a conclu à ce qu'aucun frais de procédure ne soit mis à sa charge que des dépens lui soient alloués. Il a joint une note d'honoraires d'un montant de 7'600.- francs.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 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 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations 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 l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.4 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.5 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 sont donc applicables en l'espèce. En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

4.

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 LPG/LAI et avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI). 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'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (AI pce 8). Partant, il remplit la condition relative à la durée de cotisations.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPG/LAI, 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'art. 4 al. 2 LAI 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.

5.2 Un 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 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 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. 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 LPG/LAI) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

5.3 L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG/LAI) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG/LAI) à 40 % au moins.

5.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

5.5 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 al. 1 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. 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).

6.

6.1 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. Selon l'art. 16 LPGa, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, 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 de travail équilibré (méthode générale).

6.2 L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, telles les personnes s'occupant du ménage, étudiant ou vivant dans une communauté religieuse, et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGa (art. 5 LAI) qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte

les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

6.3 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.

7.1 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. 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 les références).

7.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 351 consid. 3b/cc et les références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

7.3 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Les spécialistes de l'orientation professionnelle en revanche doivent se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales et compte tenu des capacités résiduelles de la personne assurée, ce qui nécessite parfois de se renseigner auprès des médecins (cf. arrêt du TF I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3.3 et les références citées).

7.4 C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

8.

8.1 Le recourant est homme au foyer depuis 1997, donc bien avant que le cancer du rectum soit diagnostiqué. Il ne faut donc pas procéder à une comparaison des revenus, mais s'en tenir à l'incapacité à accomplir ses travaux habituels selon la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI).

8.2 Selon les nombreux rapports médicaux figurant au dossier, le recourant souffre des séquelles du cancer du rectum et de son opération, ce qui l'oblige à aller aux toilettes environ 10 fois par jour y compris la nuit. Ce phénomène n'est pas transitoire, mais définitif et ne peut pas être traité par des médicaments. La fréquence des selles empêche une activité continue le jour et un sommeil réparateur la nuit. Dans son rapport du 15

août 2012, la Dresse C._____ est donc revenue sur ses premières constatations et a conclu que les répercussions de l'atteinte à la santé dans l'activité de ménage et autres quotidiennes, après pondération dans le tableau des activités, déterminent une incapacité de travail de 70 % dès le 28 août 2008 et de 50 % à partir du 1^{er} janvier 2009, soit six semaines après l'opération.

8.3 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate, en accord avec le service médical de l'OAIE, que, vu son incapacité de 50 % dès le 1^{er} janvier 2009 à accomplir ses travaux habituels et sa demande de prestations déposées le 24 janvier 2011, le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2011.

La décision du 9 février 2012 doit être réformée dans ce sens et l'affaire renvoyée à l'OAIE pour calcul des prestations.

9.

9.1 Le recourant ayant eu gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA). L'autorité inférieure ne doit pas payer de frais de procédure non plus (art. 63 al. 2 PA).

9.2 Le recourant ayant agi en étant représenté, il a droit à une indemnité de dépens à charge de l'autorité inférieure pour les frais nécessaires causés par le litige (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Lorsqu'une partie n'obtient que partiellement gain de cause, les dépens auxquels elle peut prétendre sont réduits en proportion (art. 7 al. 2 FITAF). Les dépens comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais nécessaires de la partie. Les parties qui ont droit aux dépens doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (art. 14 al. 1 FITAF). Le tribunal fixe les dépens sur la base du décompte. A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2 FITAF). En l'espèce, il faut tenir compte du fait que les procédures d'assurances sociales, contrairement aux procédures civiles, sont soumises à la maxime d'office, ce qui dans la plupart des cas simplifie la tâche du représentant. Son travail ne doit donc être pris indemnisé que dans la mesure où celui-ci est utile et reste dans un cadre raisonnable à l'exclusion de démarches inutiles ou superflues. Il ne s'agit pas d'indemniser les dépenses que le recourant fait valoir mais celles qui

ont été nécessaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_723/2009 du 14 janvier 2010)

9.3 Le 8 novembre 2012, le représentant du recourant a produit une note d'honoraire d'un montant global de 7'600.- francs. Celle-ci comporte certes 42 lignes décrivant la démarche entreprise et la date à laquelle le travail a été effectué, mais ne mentionne pas le temps nécessaire à ce travail. De plus 10 des 42 mentions concernent une période du 14 décembre 2011 au 7 février 2012, sont donc antérieures à la décision attaquée du 9 février 2012 et ne peuvent pas faire l'objet d'une indemnisation dans la présente procédure. Le recours de 10 pages du 14 mars 2012 est nettement plus développé que l'opposition du 20 décembre 2011 au projet de décision. Néanmoins il faut tenir compte du fait que l'avocat représentait déjà le recourant pendant la procédure administrative et connaissait donc déjà le dossier. Vu la proposition de l'OAIE, un deuxième échange d'écriture n'a pas été nécessaire. Il n'apparaît donc pas que l'avocat ait eu à faire des démarches dépassant le travail habituel lors d'un recours contre une décision de l'assurance-invalidité concernant le refus d'une première demande.

9.4 Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat, le Tribunal considère que 12 heures de travail (à 250 francs) ont été nécessaires et alloue au représentant une indemnité globale de dépens de 3'000 francs sans TVA car le recourant est domicilié à l'étranger, raison pour laquelle cette taxe n'est pas due (cf. entre autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6248/2001 du 25 juillet 2012 consid. 12.2.5).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 9 février 2012 réformée, au recourant est reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2011

2.

Le dossier de la cause est renvoyé à l'OAIE pour le calcul des prestations.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

4.

L'OAIE versera à la partie recourante 3'000 francs à titre de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

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 fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :