



---

Cour III  
C-1879/2017

## Arrêt du 3 décembre 2018

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Viktoria Helfenstein, juges,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Tunisie)  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité (décision du 15 février  
2017).

**Faits :****A.**

Le double ressortissant français et tunisien A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assuré ou recourant; cf. notamment : certificat de nationalité française du 7 juin 1999 [AI pce 10 pp. 3 s.] et carte du registre des Français établis hors France valable jusqu'au 10 mai 2021 [AI pce 173 p. 2]), né le (...) 1960, remarié le 28 mars 2017 et père de quatre enfants nés en 1987, 1995, 2003 et 2007 (cf. TAF pce 26 annexes), a vécu et travaillé en Suisse. Il a cotisé plusieurs mois à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse entre 1981 et 1990 (AVS/AI; cf. extraits du compte individuel des 28 mai 1999 [AI pce 2] et 5 juillet 2017 [TAF pce 12 annexe 7]).

**B.**

Après des échanges entre l'assuré et l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) entre le 10 septembre 2012 et le 26 septembre 2013 (cf. AI pces 1, 5, 13 et 20 p. 1), l'OAIE a communiqué à l'assuré le 17 octobre 2013 (AI pce 21) l'adresse du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale en France afin qu'il puisse faire valoir son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

**C.**

Par formulaire E 204, daté du 17 octobre 2013 (AI pce 24), l'assuré a présenté le 1<sup>er</sup> juillet 2010 une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse.

Il a été joint à cette demande le formulaire E 205 "Attestation concernant la carrière d'assurance en France" du 17 juillet 2013 (AI pce 23) ainsi que le rapport médical détaillé E 213 du 4 juillet 2013 établi par la Dresse B.\_\_\_\_\_ (AI pce 22) qui a indiqué comme diagnostic une cardiopathie ischémique chronique et a conclu que l'assuré ne peut plus exercer une activité professionnelle. Ce médecin informe en outre que l'assuré présente selon la législation française depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 une invalidité de la catégorie 2 pour un taux d'invalidité de 2/3 (cf. aussi AI pce 24 p. 7).

Des autres rapports médicaux ont été versés en cause ainsi que des contrats de travail et attestations de travail divers des entreprises suisses et françaises (AI pce 30), des courriers et documents traitant de la prévoyance professionnelle et de l'assurance maladie (AI pces 31 et 32) et les déclarations de revenus pour les années 2010 et 2012 (AI pce 51 pp. 6 ss).

L'assuré a également rempli et signé le questionnaire à l'assuré le 21 janvier 2014 duquel il ressort qu'il a arrêté le travail le 30 juin 2010 en raison de maladie au cœur et qu'il est reconnu invalide depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010. Il a aussi relevé qu'il avait travaillé auparavant comme maçon et conducteur d'engins ainsi que dans une fonderie et dans la télécommunication (AI pce 51 pp. 1 à 5).

Invitée à prendre position sur le dossier médical constitué, la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin interniste travaillant pour le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR; AI pces 53 et 57) a retenu que l'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 24 mars au 23 juin 2008 suite à un infarctus antérieur du myocarde, que depuis le 24 mars 2008 sa capacité de travail dans son ancienne activité de maçon est nulle mais que dès le 23 juin 2008 sa capacité résiduelle de travail est entière dans une activité adaptée, n'impliquant pas des travaux lourds et le port de charge de plus de 15 kg.

L'OAIE a ensuite évalué le taux d'invalidité de l'assuré selon l'application de la méthode générale et a déterminé un degré de 100% dès le 24 mars 2008 et de 20% dès le 23 juin 2008 (AI pce 54).

#### **D.**

Par projet de décision du 22 avril 2014, l'OAIE a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations (AI pce 58).

L'assuré s'est opposé à ce projet de décision, avançant en substance que depuis un accident de travail survenu en Suisse en 1989 il souffrait d'un traumatisme à la jambe gauche qui était responsable de complications morphologiques et mentales. Il a joint des rapports médicaux des Drs D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et E.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre (AI pces 63 et 64), des photos montrant une dystrophie du membre inférieur gauche ainsi qu'une attestation sur l'honneur (AI pces 62 et 66 pp. 2 s.).

Invitée à se déterminer sur ces nouveaux documents médicaux, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions (AI pce 68).

#### **E.**

Par décision du 14 juillet 2014, l'OAIE a confirmé le rejet de la demande de prestations (AI pce 70).

L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal; AI pce 77). Au cours de cette procédure de recours ont encore été produits comme nouveaux documents un rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_, professeur agrégé en chirurgie orthopédique et traumatologie ainsi que l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste travaillant pour le SMR (AI pces 83 et 91). Le recourant a également transmis une copie de la carte d'handicapé du 5 février 2015 de la République Tunisienne (AI pce 82).

Par arrêt C-4398/2014 du 26 novembre 2015 (AI pce 95), le Tribunal de céans a partiellement admis le recours, dans la mesure où il était recevable, annulée la décision du 14 juillet 2014 et renvoyé l'affaire pour complément d'instruction dans le sens des considérations et nouvelle décision. Le Tribunal a constaté que l'état de santé du recourant ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas été établis avec un degré de vraisemblance prépondérante s'agissant de la dystrophie du membre inférieur gauche et du trouble psychiatrique. Le Tribunal a remarqué qu'il appartenait à l'OAIE de compléter l'instruction sur ces problèmes orthopédique et psychiatrique tout en actualisation la situation de santé de l'assuré. L'OAIE devait également versé en cause le dossier de la SUVA.

#### **F.**

Faisant suite à l'arrêt du TAF, l'OAIE demande le dossier de la SUVA (cf. AI pces 101, 104) et organise des expertises orthopédique et psychiatrique. Par courrier du 15 mars 2016 (AI pce 109), il communique à l'assuré les noms des experts et leurs spécialités médicales ainsi que les questions qui leurs seront soumises. Il accorde à l'assuré un délai de 10 jours pour transmettre d'éventuelles objections ou motifs légaux de récusation et de refus fondés relatifs aux experts mandatés ainsi que pour soumettre d'éventuelles questions complémentaires.

L'assuré indique par envoi du 14 mars 2016 son adresse provisoire en Tunisie (AI pce 114) et verse en cause des nouveaux rapports médicaux des Drs F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ (AI pces 111 et 112), des procès-verbaux d'enquête du 24 février 2011 pour infidélité et adultère (AI pce 116) ainsi que ses notes concernant l'échec de ses mariages et les accidents de routes (AI pce 117).

#### **G.**

Les expertises médicales ont lieu le 19 juillet 2016. L'expert psychiatre, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH Psychiatrie et Psychothérapie, fait état

d'une dysthymie présente depuis 1994 qui n'a pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (rapport d'expertise du 21 juillet 2016, AI pce 144) et le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH chirurgie orthopédique, conclut que l'amyotrophie distale du membre inférieur gauche d'origine indéterminée (éventuellement post-traumatique) que l'assuré présente également ne justifie pas d'incapacité de travail. Selon lui, il est clair que l'arrêt de travail actuel est toujours lié au problème cardiaque survenu en 2008 (rapport d'expertise du 2 novembre 2016, AI pce 146).

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH Psychiatrie et Psychothérapie, travaillant pour l'OAIE et le Dr G.\_\_\_\_\_ confirment les conclusions des experts (AI pces 151 et 153). Le Dr G.\_\_\_\_\_ conclut que les avis précédents demeurent d'actualité et que, partant, l'assuré présente une incapacité de travail dans l'activité habituelle lourde de maçon mais une pleine capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée.

L'OAIE, procédant encore à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale (AI pce 154), relève que la comparaison des revenus du 20 mars 2014 reste valable. Ainsi, il constate que l'assuré a subi une perte de gain, soit un taux d'invalidité de 100% dès le 24 mars 2008 et de 20% dès le 23 juin 2008.

#### **H.**

Par projet de décision du 21 décembre 2016 (AI pces 157, 160 et 162), l'OAIE informe l'assuré qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Il expose qu'il ressort de l'instruction que l'assuré ne présente aucune affection psychiatrique grave justifiant une incapacité de travail durable et qu'il ne souffre pas non plus d'une atteinte orthopédique invalidante, ayant pu poursuivre des activités lourdes après l'accident invoqué de 1989 sans arrêt de travail et sans aucun traitement thérapeutique. En revanche, l'OAIE explique qu'il a constaté la présence d'une atteinte cardiaque qui ne permet plus l'exercice de l'ancienne activité de maçon qui est physiquement lourde. Une activité légère et sédentaire, respectant les limitations – soit une activité assise ou alternée, avec port de charges de maximum 15 kg – est exigible à plein temps.

Par téléphone, l'assuré demande au TAF des renseignements, ne comprenant pas le nouveau refus de l'assurance (TAF pce 2). Il requiert de l'OAIE une prolongation du délai d'audition ainsi que l'envoi d'une copie des rapports des expertises psychiatrique et orthopédique (AI pce 161). L'OAIE y donne suite le 13 janvier 2017 (AI pce 163).

Dans son courrier du 20 janvier 2017 (AI pces 164 et 167), l'assuré conteste le projet de décision. Il avance qu'il a été victime d'un accident de travail en Suisse en 1989, qu'il a subi un traumatisme à sa jambe gauche à l'origine des complications morphologiques et mentales, qu'il a souvent des douleurs et des crampes même au repos et qu'il a du mal à monter les escaliers, faire du vélo et marcher sur de longues distances, qu'il est suivi par plusieurs médecins spécialisés en Tunisie et qu'il est considéré invalide en France et en Tunisie. Il envoie encore divers documents médicaux qui se trouvent déjà dans le dossier (AI pces 168 à 173).

Dans son avis du 10 février 2017 (AI pce 174), le Dr G.\_\_\_\_\_ confirme les avis précédents du SMR.

**I.**

Par décision du 15 février 2017 (AI pce 175), l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assuré, en maintenant sa position. Il précise que la nouvelle documentation médicale jointe en procédure d'audition a été soumise à son service médical qui a confirmé ses conclusions. Il expose que les atteintes à la santé mentionnées par l'assuré sont toutes connues et ont déjà été prises en compte et que les documents médicaux transmis n'apportent pas d'éléments nouveaux.

**J.**

Le 23 février 2017, l'assuré demande par téléphone des indications sur la procédure à suivre auprès du TAF, souhaitant contester les conclusions des experts dont certaines remarques ne sont, selon lui, pas véridiques (TAF pce 3).

Par acte daté du 18 mars 2017, envoyé le 21 mars 2017 (TAF pce 1 et annexe), l'assuré demande au Tribunal l'assistance judiciaire, avançant qu'il traverse une période financière très difficile. Comme nouveau document, il transmet le certificat médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du service d'orthopédie (annexe).

**K.**

Les 5 avril et 30 mai 2017, le Tribunal demande de la part du recourant une adresse de notification en Suisse (TAF pces 5 et 7).

**L.**

Par réponse du 5 juillet 2017 (TAF pce 12), l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il avance en substance qu'il peut confirmer les conclusions des experts mandatés qui ont

remarqué que l'assuré ne présente sur le plan orthopédique et psychiatrique aucun trouble ayant des répercussions sur sa capacité de travail. S'agissant du certificat médical du Dr K.\_\_\_\_\_, l'OAIE avance que son service médical a relevé que celui-ci ne contenait pas d'élément médical objectif laissant suspecter un état de santé aggravé par rapport à l'appréciation déjà établie et que le reste de la documentation médicale produite par le recourant se trouvait déjà au dossier, mettant en évidence les pathologies connues et déjà prises en considération dans le cadre de la décision attaquée. Concernant l'accident survenu en 1989, l'OAIE avance encore que le dossier établi par la SUVA a été détruit et ne peut plus être reconstitué mais que l'assuré a clairement déclaré ne jamais avoir consulté de médecin en Suisse à la suite de cet accident et que le Dr I.\_\_\_\_\_ n'a pas pu assurer que les plaintes du recourant sont bien en relation avec un évènement traumatique survenu en 1989. L'OAIE conclut alors que l'assuré souffre d'une cardiopathie ischémique responsable de limitations fonctionnelles et que l'évaluation de l'invalidité par la comparaison de revenus fait apparaître une diminution de la capacité de gain de 100% dès 24 mars 2008 et de 20% dès le 23 juin 2008, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité.

L'OAIE transmet encore l'avis de son service médical, requis de se prononcer sur le certificat médical du Dr K.\_\_\_\_\_ (TAF pce 12 annexe 2), ses échanges avec la SUVA (annexes 3 à 6) ainsi que l'extrait du compte individuel de l'assuré du 5 juillet 2017 (annexe 7).

**M.**

Par décision incidente du 28 novembre 2017 (TAF pce 28), le TAF dispense le recourant du paiement des frais de procédure.

**N.**

Par envoi reçu le 1<sup>er</sup> décembre 2017 (TAF pce 29), le recourant, estimant que son compte individuel du 5 juillet 2017 n'est pas complet, remet au Tribunal différents certificats et attestations que le TAF envoie à la CSC pour suite utile (TAF pce 30).

**O.**

Le 9 janvier 2018 (TAF pce 32), l'assuré produit encore en cause les nouveaux documents médicaux du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste (annexes 1 et 2).

**Droit :****1.**

**1.1** En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

**1.2** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF ainsi que l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA en relation avec l'art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

**1.3** Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

**1.4** Le recours a été déposé en temps utile ainsi que dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). De plus, le recourant a été dispensé du paiement des frais de procédure (TAF pce 28).

Partant, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond.

**2.**

**2.1** Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

**2.2** Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office (cf. art. 12 PA) et librement (cf. ci-dessus); l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure dans sa décision (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3<sup>ème</sup> édition 2011, p. 300

s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Toutefois, 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, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>ème</sup> édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### **3.**

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (notamment : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'occurrence, la cause doit donc être examinée à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 15 février 2017 (Al pce 175), au moment où la décision querellée a été rendue. Il est, de plus, rappelé que le pouvoir d'examen du TAF est limité aux faits survenus jusqu'à la date de cette décision attaquée (notamment : ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

**3.2** Le TAF a déjà remarqué dans l'arrêt C-4398/2014 cité consid. 3.2 (Al pce 95) que l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant français et a été assuré en Suisse (Al pce 2 et TAF pce 12 annexe 7) ainsi qu'en France pendant plusieurs années (Al pce 23). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrées en vigueur pour la relation entre la Suisse et les États de l'Union européenne le 1<sup>er</sup> juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis la demande de prestations de l'assuré déposée le 1<sup>er</sup> juillet 2010 (Al pce 24), l'annexe II de l'ALCP a été modifiée avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]). Pour cette raison sont en l'occurrence déterminants jusqu'au 31 mars 2012 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), 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) et, ensuite, dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, 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) et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C\_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure et les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_54/2012 du 2 avril 2012).

Du reste, conformément à l'art. 3 du règlement n° 1408/71 et à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

#### **4.**

Dans le cas concret, le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse.

Il est rappelé qu'une éventuelle rente d'invalidité pourrait être versée à l'assuré qui a son domicile en Tunisie (cf. arrêt du TAF C-4398/2014 cité consid. 4.1 [AI pce 95]).

En outre, le TAF a déjà constaté (arrêt C-4398/2014 cité consid. 5 [AI pce 95]) que l'assuré remplit la condition de la durée minimale de cotisations en Suisse de trois ans au sens de l'art. 36 al. 1 LAI dont au moins une année doit être accomplie en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du

règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065; AI pce 2 et TAF pce 12 annexe 7).

Dès lors, il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi suisse.

## 5.

**5.1** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- 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 (let. a),
- elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b),
- au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c).

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, 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.

**5.2** 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 (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA).

De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

**5.3** La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les

travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

**5.4** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a en outre estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Cette procédure tient compte des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part et les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Le Tribunal a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée, déterminante dans les assurances sociales (ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2).

Pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif tel que décrit par la jurisprudence lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; arrêt du TF 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne fallait pas non plus procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait

présenté notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C\_341/2018 du 13 août 2018).

**5.5** Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 9 ss ci-dessous).

**5.6** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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% 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).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

**5.7** À la teneur de l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre à une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants, qui au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance vieillesse et survivants. Il s'agit des enfants des père et mère, des enfants adoptés ou recueillis et des enfants trouvés (cf. art. 25 al. 1 à 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]) qui ont droit aux prestations jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire, respectivement jusqu'à l'âge de 25 ans révolus dans le cas où ils suivent une formation (cf. art. 25 al. 4 et 5 LAVS).

## **6.**

**6.1** Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255).

Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'espèce (cf. consid. 4 ci-dessus) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique

et économique (cf.5 6.3 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler au vu de ses limitations. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). Nonobstant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire la question de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au Tribunal de la pratiquer (ATF 140 V 193 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_409/2017 cité consid. 4.3 prévu pour publication dans les ATF).

**6.2** Le Tribunal examine les preuves – aussi celles médicales – d'office et librement (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 143 V 418 consid. 6, 137 V 210 consid. 1.3.4; arrêts du TF 8C\_633/2017 du 16 février 2018 consid. 4.3.4, 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1 et 3.2; cf. consid. 2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8; arrêt du TF 8C\_633/2017 cité consid. 4.3.4), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

**6.3** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

**6.3.1** L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical que les points litigieux 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. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté

doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du TF 9C\_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

**6.3.2** Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C\_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**6.3.3** Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). 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 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêts du TF 9C\_55/2016 cité consid. 3.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

**6.3.4** S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.1 ci-dessus), il sied de rappeler qu'ils sont déterminants pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1; RCC 1980

p. 481; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3080 p. 836).

**6.4** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

## 7.

**7.1** En l'occurrence, l'OAIE disposait dans un premier temps des documents médicaux suivants :

- le compte rendu du 26 mars 2008 de l'hospitalisation du 24 au 26 mars 2008 et d'autres documents y relatifs, dont l'un signé le 26 mars 2008 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, des soins intensifs cardiologiques et de la consultation cardiologique d'urgence (AI pce 41 pp. 1 à 4), duquel il ressort que l'assuré a été hospitalisé pendant trois jours pour un infarctus du myocarde qui a été traité avec succès par stent,
- les prescriptions médicales des 26 mars 2008 de la Dresse M.\_\_\_\_\_ (AI pces 45 et 50),
- le rapport du 10 avril 2008 du Dr N.\_\_\_\_\_, de l'Hôpital de jour cardiovasculaire (AI pce 47) qui note que l'assuré a présenté un infarctus antérieur avec sus décalage du segment ST. Il fait ensuite état du résultat de son examen et du pronostic rassurant et préconise une reprise de travail pas trop rapidement et si possible progressive, remarquant que la charge de travail physique est très lourde dans une entreprise de maçonnerie et qu'il sied de proscrire les efforts violents isométriques, du moins dans les trois mois,
- le résultat des examens de laboratoire du 10 avril 2008 (AI pce 48 pp. 2 s.),

- le résultat du 10 avril 2008 de l'examen écho-doppler cardiaque (AI pce 48 p. 1),
- le rapport médical du 23 juin 2008, signé de la Dresse O. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital cardio-vasculaire et pneumologique (AI pce 42), qui fait état de son examen et indique qu'elle poursuit le traitement et prévoit un nouveau bilan à la rentrée. Remarquant que l'assuré va actuellement plutôt bien et attestant une parfaite stabilité clinique, elle conclut qu'il peut reprendre une activité professionnelle en évitant les efforts intenses et brutaux,
- le résultat du 8 juillet 2009 de l'épreuve électrocardiographique d'effort (AI pce 46),
- le rapport de la consultation d'urgence du 12 juillet 2009 pour des douleurs au pied (AI pce 44),
- les prescriptions d'arrêts de travail, signées du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, pour les périodes du 27 mars au 31 juillet 2009 (AI pce 34 à 36), du 23 novembre 2009 au 31 mai 2010 (AI pces 37 et 38),
- les prescriptions médicales diverses concernant les années 2009, 2012 et 2013 (AI pces 39, 40 et 41 p. 6, 43),
- le rapport médical détaillé E 213 du 4 juillet 2013, établi par la Dresse B. \_\_\_\_\_ (AI pce 22) qui note que l'assuré a cessé le travail le 31 janvier 2009 et qu'il se plaint de douleurs précordiales et d'un état asthéo-dépressif. Elle diagnostique une cardiopathie ischémique chronique, traitée par la mise en place de stent, et conclut que l'assuré ne peut plus exercer une activité professionnelle. D'après ce médecin, l'assuré présente selon la législation française depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 une invalidité de la catégorie 2 pour un taux d'invalidité de 2/3.

Invitée à prendre position sur les documents médicaux versés au dossier, la Dresse C. \_\_\_\_\_ (AI pce 53), médecin interne travaillant pour le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), pose dans son avis du 5 mars 2014 comme diagnostic principal un infarctus antérieur du myocarde le 24 mars 2008 ainsi qu'une angioplastie avec mise en place d'un stent passif sur l'IVA moyenne. Elle note également une hypercholestérolémie et un tabagisme sévère comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail. La Dresse C. \_\_\_\_\_ confirme avec la Dresse O. \_\_\_\_\_, cardiologue, que l'assuré doit éviter

des travaux nécessitant un effort intense et brutal. Elle conclut que l'assuré a présenté une incapacité de travail de totale du 24 mars au 23 juin 2008, que son ancienne habituelle de maçon, une activité physique lourde, n'est plus adaptée à son état de santé dès le 24 mars 2018 mais que l'assuré présente dès le 23 juin 2008 une capacité résiduelle de travail entière dans toute activité adaptée, n'impliquant pas de travaux lourds et le port de charge supérieur à 15 kg. Le médecin du SMR explique encore qu'elle ne peut pas suivre la Dresse B. \_\_\_\_\_ qui a évoqué des précordialgies et une pathologie psychiatrique « asthénodépressif » et a attesté une incapacité de travail totale, ses constats médicaux étant dépourvus de données cliniques et n'étant pas convaincants.

Dans le rapport final du 10 avril 2014, la Dresse C. \_\_\_\_\_ confirme que la capacité de travail de l'assuré est définitivement nulle dans son activité habituelle de maçon depuis le 24 mars 2008 (AI pce 57).

**7.2** Suite au projet de décision du 22 avril 2014 (AI pce 58), l'assuré a produit les nouvelles pièces suivantes :

- le certificat médical du 23 mai 2014 du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste (AI pce 63), qui fait état d'atrophie musculaire dégénérative au niveau du mollet gauche suite à un accident de travail survenu en 1988, responsable d'une impotence fonctionnelle partielle et de troubles psychologiques suite à l'aspect esthétique, avec apparition des douleurs au niveau du mollet gauche et des crampes même au repos. Il note un antécédent d'infarctus du myocarde, sous traitement spécifique, avec présence des facteurs de risques cardiovasculaires tel que l'obésité, avec survenance de douleurs thoraciques irradiant vers le membre supérieur gauche de temps à autre. Des troubles psychologiques anxiodépressifs sont également mentionnés. Selon ce médecin, toutes ces pathologies sont responsables d'une diminution importante de la capacité motrice et mentale à exercer un travail et "mettant l'assuré systématiquement à la retraite anticipée pour invalidité",
- le certificat médical reçu le 4 juin 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre (AI pce 64), qui relève que l'assuré le consulte depuis l'été 1994 pour une dépression sévère, secondaire aux séquelles posttraumatiques du membre inférieur gauche suite à un accident de travail s'étant produit en 1989 en Suisse. Selon ce médecin, la maladie dépressive est aggravée par des conflits conjugaux, ce qui a nécessité une prise en charge médicale à base d'un traitement antidépresseur et

d'un encadrement psychologique et que malgré ceci le retentissement de cette affection sur les performances sociales de l'assuré est profond et permanent,

- des photos de l'assuré montrant une dystrophie du membre inférieur gauche (AI pce 62),
- une attestation sur l'honneur de l'assuré, non datée (AI pce 66 pp. 2 s.), déclarant que depuis son accident de travail en Suisse, il porte des bandages pour dissimuler sa jambe des regards des autres, aussi de celui de son épouse et qu'il ressent des douleurs.

La Dresse C.\_\_\_\_\_, dans le rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2014 (AI pce 68), maintient ses conclusions précédentes en retenant comme diagnostic un infarctus antérieur du myocarde le 24 mars 2008, une angioplastie avec mise en place d'un stent passif sur l'IVA moyenne, une fracture de la jambe gauche, une hypercholestérolémie et un tabagisme sévère. Selon elle, la fracture de jambe gauche avec des séquelles trophiques n'a pas de répercussion sur la capacité de travail, l'assuré ayant pu travailler jusqu'en 2010 et l'attestation du Dr E.\_\_\_\_\_ n'étant pas convaincante.

**7.3** Pendant la procédure de recours dans l'affaire C-4398/2014 précitée, l'assuré a encore produit le certificat médical du 7 avril 2015 du Dr F.\_\_\_\_\_, professeur agrégé en chirurgie orthopédique et traumatologie (AI pce 83), qui note que l'assuré a présenté un traumatisme de la jambe gauche suite à un accident de travail en mai 1989 en Suisse, qu'il garde comme séquelles une amyotrophie des muscles du membre inférieur en particulier de la jambe avec diminution de la force musculaire, que le patient rapporte la notion de crampe des muscles du membre inférieur gauche avec dérobolement et que son état de santé lui permet la conduite des véhicules (permis A1-B-H) à condition d'un aménagement obligatoire par boîte de vitesse automatique.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, travaillant pour le SMR, remarque le 7 juillet 2015 (AI pce 91) que les séquelles du membre inférieur gauche, signalées par le Dr F.\_\_\_\_\_, sont déjà connues et ont été prises en compte par la Dresse C.\_\_\_\_\_. En l'absence d'une nouvelle atteinte à la santé et d'un élément médical objectif, laissant suspecter un état de santé aggravé, le Dr G.\_\_\_\_\_ confirme alors les conclusions des avis SMR précédent qui demeurent d'actualité.

**7.4** Suite à l'arrêt du TAF C-4398/2014 cité, l'assuré a versé en cause les nouveaux rapports médicaux suivants :

- le rapport médical manuscrit du 9 mars 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_ (Al pce 111) qui relève que l'assuré est suivi pour séquelles d'un traumatisme de la jambe gauche avec très mauvaise trophicité musculaire et cutanée, retentissant sur ses activités quotidiennes, avec douleur de la jambe et du talon en particulier à la station debout prolongée et à la montée des escaliers avec des crampes. Il rappelle que l'assuré est aussi suivi pour une cardiopathie ischémique sous traitement et en psychiatrie depuis 1994 pour dépression sévère. L'abréviation utilisée (IRR ?) par ce médecin pour attester un pourcentage de 60% est incompréhensible,
- le rapport reçu le 10 mars 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_ (Al pce 112) qui certifie que l'assuré consulte régulièrement depuis l'année 1994 pour dépression sévère, secondaire aux séquelles posttraumatiques esthétiques et fonctionnelles de sa jambe gauche, que cette dépression a été aggravée par l'échec de sa vie conjugale à deux reprises à cause de l'infidélité avec sentiment profond de tristesse, sentiments de déception et de préjudice, une anxiété retentissant sur ses performances sociales avec incapacité professionnelle permanente et la nécessité d'un suivi psychiatrique à long terme avec traitement médical et psychothérapie de soutien.

**7.5** Les expertises ont ensuite eu lieu le 19 juillet 2016. Dans le rapport du 21 juillet 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH Psychiatrie et Psychothérapie (Al pce 144), a observé une dysthymie depuis 1994 qui ni provoque pas de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles d'interférer avec l'aptitude au travail. Selon cet expert, l'assuré n'a pas non plus présenté d'incapacités de travail dans le passé. Il réfute ainsi les avis des Drs B.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_. Dans le rapport du 2 novembre 2016, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH chirurgie orthopédique (Al pce 146) a relevé comme diagnostics une amyotrophie distale du membre inférieur gauche d'origine indéterminée (éventuellement post-traumatique), un trouble psychiatrique expertisé par le Dr H.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un status après infarctus myocardique traité par Stent en 2008. Il conclut qu'il n'y a pas d'incapacité de travail liée au problème orthopédique. Selon lui, il est clair que l'arrêt de travail actuel est toujours lié au problème cardiaque survenu en 2008 et pour lequel l'assuré touche depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 une pension d'invalidité française, l'assuré ayant également souffert de douleurs de type angine de poitrine.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH Psychiatrie et Psychothérapie, travaillant pour l'OAIE (AI pce 151), confirme dans sa prise de position médicale du 5 novembre 2016 les conclusions de l'expertise psychiatrique. Il remarque que le diagnostic posé de dysthymie est compréhensible compte tenu des observations décrites par l'expert. Il considère que l'assuré se plaint principalement de douleurs et que, partant, son humeur est triste et dépressif ce qui ne constitue cependant pas un trouble de santé psychiatrique.

Dans l'avis du 1<sup>er</sup> décembre 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_, (AI pce 153) retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un status après infarctus de myocarde en mars 2008 suivi d'une angioplastie percutanée avec mise en place d'un stent sur l'IVA ainsi qu'une dysthymie. Comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, il note un status après fracture de la jambe en 1989, une hypercholestérolémie et un tabagisme. Il estime que les renseignements médicaux sont suffisants, l'expertise orthopédique contenant une anamnèse fouillée, un examen spécialisé, une discussion des points litigieux et aboutissant à des conclusions convaincantes. Il confirme ainsi les conclusions de l'avis SMR du 5 mars 2014 et retient dès le 24 mars 2008 une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne activité professionnelle de maçon mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis cette même date.

Le 10 février 2017 (AI pce 174), le Dr G.\_\_\_\_\_, remarque encore qu'en l'absence d'une nouvelle atteinte à la santé ou d'un élément laissant suspecter un état de santé aggravé chez l'assuré, les conclusions précédentes demeurent d'actualité.

**7.6** Dans le cadre de la présente procédure de recours, l'assuré a versé en cause le rapport médical du 18 mars 2017 du Dr Q.\_\_\_\_\_, professeur en orthopédie traumatologique et chef du service d'orthopédie (TAF pce 1 annexe), qui certifie que l'assuré présente des séquelles de traumatisme de la jambe gauche avec une atrophie musculaire, des troubles veineux, des douleurs à l'effort et à la station debout prolongée, des talalgies et des crampes musculaires. Il indique également que la marche est difficile, se fait avec boiterie et que les mouvements complexes sont perturbés avec impossibilité d'accroupissement et d'agenouillement et des difficultés à la montée des escaliers. Selon ce médecin, ces séquelles sont aggravées par une lombosciatalgie gauche et associées à sa cardiopathie ischémique et à un problème de dépression elles engendrent chez lui un handicap

fonctionnel retentissant sur ses activités quotidiennes et l'empêchant de reprendre son travail.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, requis de se prononcer sur ce nouveau certificat médical (TAF pce 12 annexe 2), relève dans son avis du 20 juin 2017 que les nouvelles informations médicales font état de troubles connus et déjà pris en considération par les avis médicaux précédents et que, partant, en l'absence d'une nouvelle atteinte à la santé et/ou d'un élément médical objectif laissant suspecter un état de santé aggravé, les avis antérieurs demeurent d'actualité.

**7.6.1** Le 9 janvier 2018 (TAF pce 32), l'assuré transmet encore les nouveaux documents médicaux suivants :

- le rapport médical du 20 octobre 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste qui indique qu'il a examiné l'assuré ce jour et qu'il présente des séquelles d'un accident de travail survenu en 1989 en Suisse de type d'atrophie musculaire du mollet gauche, responsable d'une invalidité physique (TAF pce 32 annexe 2),
- le rapport du 4 janvier 2018 du Dr R.\_\_\_\_\_ qui mentionne qu'il suit l'assuré pour des douleurs et crampes à répétition au niveau du mollet et du talon gauche suite à un accident de travail il y a 28 ans (TAF pce 32 annexe 1).

## **8.**

**8.1** Il appert du dossier médical susmentionné que l'assuré souffre principalement d'un trouble cardiaque, orthopédique et psychiatrique. Le caractère invalidant de ces atteintes, à savoir, les limitations fonctionnelles y liées et, par conséquent, la capacité résiduelle de travail de l'assuré y relative, sont litigieux entre les parties. En effet, en Suisse, les maladies en tant que telles et leurs suivis médicaux ne sont pas assurés par l'assurance-invalidité, mais les conséquences économiques causées par une invalidité (cf. consid. 5.2 s. ci-dessus). Or ces conséquences économiques dépendent notamment de la capacité résiduelle de travail de l'assuré qui est elle-même déterminée par les limitations fonctionnelles dues à un problème de santé.

**8.2** Sur le plan cardiaque, il est établi que l'assuré souffre d'une cardiopathie ischémique. Il a subi le 24 mars 2008 un infarctus du myocarde qui a été traité par la mise en place d'un stent (cf. notamment

compte rendu du 26 mars 2008 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ [AI pce 41 pp. 1 à 4] et rapport du 10 avril 2008 du Dr N. \_\_\_\_\_ [AI pce 47]).

Les médecins du SMR ont alors attesté que l'assuré ne peut plus poursuivre, dès le 24 mars 2008, son ancienne activité professionnelle de maçon qui est une profession physiquement lourde (cf. rapports des 5 mars et 10 avril 2014 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ [AI pces 53, 57], confirmés pour la suite [AI pces 68, 91, 153 et 174]). Cette appréciation est corroborée par celles des cardiologues traitant ; le Dr N. \_\_\_\_\_ a noté le 10 avril 2008 qu'il faut proscrire les efforts violents isométriques, au moins dans les trois mois (AI pce 47) et la Dresse O. \_\_\_\_\_ a conclu dans son rapport du 23 juin 2008 que l'assuré doit éviter les efforts intenses et brutaux (AI pce 42).

Compte tenu des limitations fonctionnelles observées par les cardiologues traitants – éviter les efforts violents isométriques, intenses et brutaux – les médecins du SMR ont conclu que l'assuré peut toujours exercer une activité adaptée, n'impliquant pas des travaux lourds et le port de charge supérieur à 15 kg. Dans une telle activité, sa capacité de travail est entière. Le début de la capacité résiduelle de travail a été fixé au 23 juin 2008. Le TAF peut suivre ces conclusions, considérant que la Dresse O. \_\_\_\_\_ a remarqué dans son rapport, daté du 23 juin 2008, que l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle en évitant les efforts intenses et brutaux. L'appréciation du 10 avril 2008 du Dr N. \_\_\_\_\_ qui a remarqué que l'assuré devant attendre au moins 3 mois avant d'effectuer des efforts violents isométriques ne va pas à l'encontre du début fixé de cette capacité résiduelle de travail.

La Dresse C. \_\_\_\_\_ du SMR a encore expliqué (AI pce 53) qu'elle ne pouvait pas suivre les conclusions de la Dresse B. \_\_\_\_\_ qui dans son rapport E 213 du 4 juillet 2013 (AI pce 22) avait indiqué que l'assuré ne pouvait plus exercer une activité professionnelle. En effet, l'appréciation de la Dresse B. \_\_\_\_\_ n'est pas fondée sur des constatations objectives. En outre, compte tenu des limitations fonctionnelles indiquées par les cardiologues traitants, une incapacité de travail totale dans toute profession ne peut pas être retenue.

En conséquence, le TAF peut confirmer les conclusions des médecins du SMR, fondées sur les appréciations des cardiologues traitants. Le Tribunal remarque par ailleurs que le recourant n'avance aucune critique concrète s'agissant sa cardiopathie. Il ne prétend pas non plus que son état s'est aggravé depuis les rapports médicaux cités. De plus, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR confirme que les rapports médicaux versés en cause par le recourant

ne font pas état d'une nouvelle atteinte ou d'un état aggravé (AI pces 174 et TAF pce 12 annexe 2). Partant, le Tribunal retient que l'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 24 mars au 23 juin 2008. Dès le 24 mars 2008, il ne peut plus exercer une activité professionnelle physiquement lourde comme la profession de maçon. Par contre, dès le 23 juin 2008, il présente une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, n'impliquant pas de travaux lourds et le port de charge supérieur à 15 kg. L'assuré peut donc toujours exercer une activité légère et sédentaire, telle qu'évoquée par l'OAIE dans la décision attaquée.

**8.3** S'agissant du trouble psychiatrique et de l'amyotrophie de la jambe gauche dont l'assuré souffre, l'OAIE soutient que ces problèmes ne sont pas invalidants. Il se base essentiellement sur les rapports d'expertise des Drs H. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ dont les conclusions ont été confirmées par son service médical.

**8.3.1** Eu égard aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'expertises médicales (cf. consid. 6.3.2), le TAF remarque en premier lieu que les rapports d'expertise des 21 juillet et 2 novembre 2016 (AI pces 144 et 146) se fondent sur le dossier médical constitué (AI pce 144 pp. 2 ss) ; en particulier, le Dr I. \_\_\_\_\_ mentionne expressément le rapport du 9 mars 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_, professeur agrégé en chirurgie orthopédique et traumatologie (AI pce 146 p. 2). L'anamnèse et les antécédents de l'assuré sont exposés par les experts en détail avec description du déroulement du quotidien de l'assuré, des médicaments prescrits, des plaintes et symptômes présentés par l'assuré (AI pce 144 pp. 4 à 11 et pce 146 pp. 1 à 3) ; les experts ont notamment tenu compte des plaintes s'agissant du complexe de l'assuré lié à sa jambe gauche et de ses échecs conjugaux (AI pce 144 pp. 9 s., 13 s. et AI pce 146 p. 4) que le recourant souligne également dans la présente procédure. En outre, les rapports d'expertise font état des constatations de leurs examens cliniques (AI pce 144 pp. 11 ss) ; sur le volet orthopédique, l'examen a porté sur le bassin, les membres inférieurs, la marche, les genoux, les hanches, les membres supérieurs et a aussi comporté un nouvel examen radiologique de la colonne lombaire, du genou gauche, de la cheville gauche et du tibia gauche (AI pce 146 pp. 3 s.). Les rapports d'expertise contiennent ensuite les diagnostics (AI pce 144 p. 12 et pce 146 p. 4), une discussion et appréciation du cas (AI pce 144 pp. 12 à 16, pce 146 pp. 4 s.) ainsi que les réponses aux questions posées (AI pce 144 pp. 16 ss).

Il est, de plus, incontesté que le Dr H. \_\_\_\_\_, en tant que spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et ancien chef de clinique aux HUG, et le

Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sont habilités en tant qu'experts à prendre position sur les troubles psychiatriques et orthopédiques dont l'assuré souffre.

Il sied encore d'examiner si les conclusions des experts sont convaincantes, dépourvues de contradictions et puissent, partant, être confirmées.

**8.3.2** Sur le volet psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostic une dysthymie (F34.1), présente depuis 1994, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert a expliqué son diagnostic et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies psychiatriques telles notamment un trouble de la personnalité, une dépendance à des substances, un trouble psychotique, un trouble affectif bipolaire et un trouble anxieux (AI pce 144 pp. 13 à 16). Concernant en particulier la dépression il a discuté les différents critères et conclu qu'il n'a pas pu vérifier d'éléments suffisants pour retenir même un épisode dépressif léger (AI pce 144 pp. 13 s.).

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a ensuite remarqué que l'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles en raison de la dysthymie, précisant que ce trouble est une forme de dépression atténuée chronique et, par définition, réduite dans son intensité. De surcroît, tout en tenant compte du pronostic au vu des éléments favorables et défavorables observés, l'expert a conclu que sur le plan théorique médical, la capacité de travail de l'assuré est entière d'un point de vue psychiatrique même si l'assuré est convaincu d'être inapte à quelque activité que ce soit et que, selon l'expert, l'attribution d'une pension d'invalidité en France à tendance à conforter l'assuré dans ses convictions (AI pce 144 pp. 13 à 16).

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a encore exposé que pour la période passée, qu'il n'y a pas non plus d'arguments positifs clairs en faveur d'une incapacité de travail durable. Ainsi, il a remarqué que s'agissant du certificat médical du 10 mars 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_ (AI pce 112), les sentiments profonds de tristesse, de déception et de préjudice ainsi que l'anxiété retentissant sur les performances sociales mentionnées par le psychiatre traitant ne permettent pas de conclure à une dépression sévère telle qu'attestée par ce psychiatre – d'ailleurs aussi dans son rapport du 4 juin 2014 (AI pce 64). Concernant l'état asthénodépressif mentionné comme plainte par la Dresse B.\_\_\_\_\_ (AI pce 22) dont la spécialisation médicale est inconnue et les troubles psychologiques anxio-dépressifs décrits par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste (AI pce 63), le Dr H.\_\_\_\_\_ remarque

que ces troubles n'ont pas été confirmés par une description clinique correspondante (AI pce 144 p. 16) et ne peuvent donc pas être retenus. Le TAF rappelle à ce sujet en outre qu'il est constant que les médecins traitants sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient et que, dès lors, leurs appréciations peuvent avoir une valeur de preuve moindre (cf. consid. 6.3.4 ci-dessus).

Il ressort de ce qui précède que l'appréciation du cas par le Dr H. \_\_\_\_\_ est très approfondie et que ses conclusions sont motivées et convaincantes, dépourvues de toute contradiction. De plus, il a pris en considération les plaintes de l'assuré s'agissant de son complexe lié à la jambe gauche et de ses échecs conjugaux (consid. 8.4.1 ci-dessus). Compte tenu de la jurisprudence mentionnées (cf. consid. 6.3.2 ci-dessus), les conclusions de l'expert ne peuvent pas être mises en doute par les avis des Drs E. \_\_\_\_\_, B. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ qui faute de motivations objectivables ne sont pas concluants ; le Dr H. \_\_\_\_\_ l'a expliqué à juste titre. Partant, le ressentiment sur les performances sociales profond et permanent (AI pce 64), la diminution importante de la capacité motrice et mentale (AI pce 63) et l'incapacité professionnelle (AI pce 112) attestés par ces médecins ne peuvent pas être retenus.

Par surabondance, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR confirme que les rapports médicaux versés en cause par le recourant ne font pas état d'une nouvelle atteinte ou d'un état aggravé (AI pces 174 et TAF pce 12 annexe 2). Du reste, le recourant ne prétend pas non plus qu'une aggravation est survenue.

Le TAF précise encore que l'estimation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, compte tenu de la dysthymie observée, ne devait pas faire l'objet d'une procédure d'examen structuré eu égard à la jurisprudence (cf. consid. 5.4 ci-dessus).

En conclusion, le Tribunal retient qu'il est établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 6.4) que l'assuré souffre d'un point de vue psychiatrique d'une dysthymie qui n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail.

**8.3.3** Sur le plan orthopédique, le Dr I. \_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics une amyotrophie distale du membre inférieur gauche d'origine indéterminée (éventuellement post-traumatique), un trouble psychiatrique expertisée par le Dr H. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un status après infarctus myocardique traité par stent en 2008 (AI pce 146 p. 4). Ce diagnostic est

confirmé par le dossier médical constitué (cf. consid. 8.3 et 8.4.2 ci-dessus s'agissant de l'atteinte cardiaque et psychiatrique), en particulier, s'agissant de la jambe gauche, par les rapports du 23 mai 2014 du Dr D. \_\_\_\_\_ (AI pce 63), des 7 avril 2015 et 9 mars 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_, professeur agrégé en chirurgie orthopédique (AI pces 83 et 111), le certificat médical du 18 mars 2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_, professeur en orthopédie traumatologique et chef de service (TAF pce 1 annexe) et les rapports des 20 octobre 2017 et 4 janvier 2018 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin généraliste (TAF pce 32 annexes 1 et 2) qui ont fait état d'une atrophie musculaire (AI pces 63, TAF pce 1 annexe et pce 32 annexe 2), soit d'une amyotrophie des muscles du membre inférieur (AI pces 83 et 111). Les médecins de l'assuré ont encore rapporté des crampes à la jambe et au talon (AI pces 63, 83, TAF pce 1 annexe et pce 32 annexe 1), des talalgies (AI pce 111 et TAF pce 1 annexe) et des troubles veineux (TAF pce 1 annexe). Le TAF ne saurait pas retenir le diagnostic de status après fracture de la jambe en 1989 posé par les médecins du SMR (AI pces 68, 91 et 153), aucun autre médecin – dont le Dr I. \_\_\_\_\_ – ne relevant un tel état (cf. aussi consid. 8.4.4 ci-dessous).

Le Dr I. \_\_\_\_\_ ne s'est pas expressément prononcé sur les limitations fonctionnelles liées à l'amyotrophie distale du membre inférieur gauche observée mais a conclu que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail liée au problème orthopédique (AI pce 146 p. 5).

Le TAF remarque que le Dr I. \_\_\_\_\_ a notamment observé lors de son examen clinique du 19 juillet 2016 que la marche s'effectuait à pas raccourci lorsque l'assuré prenait appui sur la jambe gauche, qu'il parvenait à se tenir sur les pointes et les talons, plus maladroitement et difficilement à gauche, que le genou était particulièrement crispé et la rotule difficile à libérer du fémur (AI pce 146 p. 3). Dans une certaine mesure ces constats de l'expert rejoignent ainsi ceux avancés par le Dr K. \_\_\_\_\_ qui a noté le 18 mars 2017 que la marche était difficile, se faisait avec boiterie, que les mouvements complexes étaient perturbés avec impossibilité d'accroupissement et d'agenouillement et que l'assuré rencontrait des difficultés à la montée des escaliers (TAF pce 1 annexe). Compte tenu de l'amyotrophie et de la diminution de la force musculaire inhérente, le TAF peut aussi concevoir que la station debout prolongée peut être difficile – telle que rapportée par les Drs F. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ les 7 avril 2015, 9 mars 2016 et 18 mars 2017 (AI pces 83, 111 et TAF pce 1 annexe) – et que l'assuré peut conduire des véhicules à condition d'un aménagement obligatoire par boîte de vitesse automatique – tel que mentionné par le F. \_\_\_\_\_ (AI pce 83). L'assuré présente, dès lors, une certaine impotence

fonctionnelle partielle au niveau du mollet gauche, telle que remarquée par le Dr D. \_\_\_\_\_ (AI pce 63), respectivement, selon le Dr Q. \_\_\_\_\_, un handicap fonctionnel (TAF pce 1 annexe) ou, selon le Dr R. \_\_\_\_\_, une « invalidité » physique (TAF pce 32 annexe 2).

Toutefois, il est également rappelé que lors de l'examen radiologique l'expert n'a constaté qu'un discret trouble dégénératif au niveau des deux hanches, sans pincement articulaire significatif et sans pincement intervertébral et l'aspect radiologique du genou gauche et de la cheville gauche était satisfaisant. L'expert n'avait pas, du reste, constaté des signes d'ostéoporose ou d'ostéopénie et n'a pas non plus relevé des séquelles de fracture et de déviation axiale (AI pce 146 pp. 3 s.). En outre, il sied de considérer que l'assuré souffre de son atteinte à la jambe gauche depuis de nombreuses années déjà – le Dr E. \_\_\_\_\_ a informé que l'assuré le consulte depuis l'été 1994 pour une dépression sévère, secondaire aux séquelles posttraumatiques du membre inférieur gauche (AI pce 64) – et qu'elle n'a pas empêché l'assuré de poursuivre son activité de maçon qui est une activité physiquement lourde jusqu'au 30 juin 2010 lorsqu'il a arrêté son travail suite à l'octroi d'une rente d'invalidité française en raison de sa maladie cardiologique. Le Dr I. \_\_\_\_\_ (AI pce 146 pp. 4 s.), l'OAIE dans la décision contestée (AI pce 175) et ses médecins (cf. AI pce 68) soulignent cet élément à juste titre. Plus encore, le TAF constate que le recourant et ses médecins n'invoquent pas que son état s'est aggravé depuis lors et le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR confirme que les rapports médicaux versés en cause par le recourant ne font pas état d'une nouvelle atteinte ou d'un état aggravé (AI pces 174 et TAF pce 12 annexe 2). Par surabondance, le TAF remarque que l'assuré et ses médecins n'expliquent pas pour quelles raisons ses limitations – le recourant soulève encore des problèmes à faire du vélo – devraient exclure l'exercice d'une activité adaptée, légère et sédentaire telle que retenue par l'OAIE qui ne sollicite pas sa jambe atteinte.

Dès lors, le TAF constate, à l'instar du Dr I. \_\_\_\_\_ (AI pce 146 p. 5), que les limitations de l'assuré ne provoquent pas d'incapacités de travail et ne sont donc que peu prononcées – partielles selon le médecin de famille (AI pce 63). Il est, enfin, précisé que les crampes et douleurs que l'assuré invoque également ne peuvent justifier des incapacités de travail durables déterminantes.

Faute d'éléments objectivables, le TAF ne saurait donc confirmer les avis des Drs D. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ selon lesquels les limitations de l'assuré

sont responsables d'une diminution importante de sa capacité motrice (AI pce 63) et l'empêchent de reprendre le travail (TAF pce 1 annexe).

En conséquence, les conclusions motivées du Dr I.\_\_\_\_\_ sont convaincantes, dépourvues de contradictions, et peuvent être confirmées. Elles n'ont pas pu être mises en doute par les médecins du recourant. Le TAF retient qu'il est établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 6.4) que l'assuré souffre également d'une amyotrophie distale du membre inférieur gauche d'origine indéterminée qui ne provoque toutefois pas d'incapacités de travail ; à tout le moins, cette atteinte n'empêche pas l'assuré d'exercer une activité légère et sédentaire adaptée.

**8.4** Le TAF tient encore à remarquer que les assertions de l'assuré et de ses médecins qui soulignent que l'atteinte à la jambe gauche et le complexe de l'assuré lié à celle-ci sont des séquelles d'un accident survenu en Suisse, ne sont pas pertinentes dans la présente affaire. En effet, en l'assurance-invalidité – contrairement à l'assurance-accidents – il est indifférent de savoir si l'invalidité est originaire d'un accident ou d'une maladie, l'art. 4 al. 1 LAI prévoyant que l'invalidité (art. 8 LPGa) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (consid. 5.2 ci-dessus). En outre, concernant le droit à une rente d'invalidité il n'est pas non plus déterminant que l'invalidité soit survenue en Suisse. Pour avoir droit à une rente il faut être invalide au sens de la loi et ayant été assuré en Suisse pendant une certaine durée (cf. consid. 4 et 5 ci-dessus). Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner en l'espèce la question de savoir si l'atteinte à la jambe résulte d'un accident ou d'une maladie – le Dr I.\_\_\_\_\_ a cependant précisé qu'il ne pouvait pas assurer que les plaintes actuelles étaient en relation avec un événement survenu en 1989 et a mentionné comme origine éventuelle une hernie discale avec des séquelles motrices ou une maladie neuromusculaire de type séquelle de poliomyélite (AI pce 146 p. 4) – et si cet accident ou maladie est survenue en Suisse ou à l'étranger.

**8.5** Enfin, il sied de rappeler que le TAF a déjà remarqué dans son arrêt C-4398/2014 cité consid. 8.4 que l'assuré ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait qu'il touche depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 une rente d'invalidité française (AI pces 23 et 24 p. 4) et qu'il est reconnu handicapé en Tunisie (AI pce 82). En effet, le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2 ci-dessus). L'OAIE peut alors s'écarter des décisions des assurances étrangères.

Il est également précisé qu'en Suisse, l'invalidité se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire de l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi (cf. art. 6 LPGA; consid. 5.2 ci-dessus). Plus encore, selon un principe général valable en assurances sociales, la personne assurée a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; ULRICH MEYER-BLASER, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131). Cette obligation implique notamment que l'on peut exiger de la part de l'assuré qu'il accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé afin de réduire sa perte de gain (cf. art. 6 LPGA cité) et qu'il s'intègre de son propre chef dans le marché du travail (à titre d'exemple : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et références).

**8.6** En conclusion, le TAF retient que l'assuré souffre principalement d'une cardiopathie ischémique, d'une amyotrophie distale du membre inférieur gauche ainsi que d'une dysthymie. Il a présenté une incapacité de travail totale du 24 mars au 23 juin 2008. Depuis le 24 mars 2008 il ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle de maçon ainsi que toute autre activité physiquement lourde. Depuis le 23 juin 2008 par contre, il peut poursuivre une activité adaptée légère et sédentaire, n'impliquant pas des travaux lourds et le port de charge supérieur à 15 kg.

## **9.**

Il reste à examiner le taux d'invalidité de l'assuré et son droit à une rente.

**9.1** En vertu des art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI, le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

**9.2** Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure de possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (pour le salaire sans invalidité : ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales. Pour le marché du travail suisse il s'agit des enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; arrêts du TF 9C\_363/2016 cité consid. 5.3.1 s., 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1).

**9.3** Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail, les salaires et le coût de la vie n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre et ne permettant ainsi pas une comparaison objective des revenus en question (ATF 110 V 273 consid. 4b; notamment : arrêts du TF 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1, 8C\_1043/2009 du 15 avril 2010 consid. 4.2, I 396/05 du 15 juin 2006 consid. 6.2).

**9.4** Enfin, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. En outre, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174; arrêt du TF 9C\_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4; arrêt du TF 9C\_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

## **9.5**

**9.5.1** En l'occurrence, l'OAIE a noté le 14 décembre 2016 que la comparaison des revenus pratiquée le 20 mars 2014 restait valable (Al pces 154 et 54). En effet, elle se fondait sur la même appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. L'OAIE a ensuite évalué le taux d'invalidité de l'assuré selon l'application de la méthode générale et sur la base du marché du travail suisse afin de pouvoir effectuer une comparaison valable sur le même marché du travail. Il s'est, en outre,

fondé sur les données statistiques 2010 ce qui est correct dans la mesure où le droit éventuel à une rente d'invalidité pouvait naître au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2011 conformément au délai de 6 mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 5.1), le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et une indexation égale des deux revenus à comparer à 2011 n'apportant pas de modifications.

**9.5.2** S'agissant du revenu sans invalidité, l'Office intimé a retenu le salaire mensuel brut d'un salarié avec de connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans le domaine des travaux de construction spécialisés (branche 43) ; en effet selon les outils de codage pour classifications KUBB, consultés sur le site internet de l'OFS le 24 octobre 2018, la maçonnerie fait partie des travaux de construction spécialisés. Ce salaire s'élevait en 2010 dans le secteur privé à 5'559 francs pour 40h/semaine, respectivement à 5'781.36 francs pour 41.6h/semaine usuelles dans la construction, plutôt que 41.4h/semaine retenues par l'OAIE. Ce revenu est favorable dans la mesure où l'assuré n'a pas accompli une formation professionnelle en principe nécessaire afin de pouvoir lui reconnaître des connaissances professionnelles spécialisées et un niveau de qualification 3 (cf. arrêt du TF 8C\_807/2012 du 21 février 2013 consid. 5.1.3 et références). Le salaire correspondant à un niveau de qualification 4, pour des activités simples et répétitives, mieux adapté à la situation de l'assuré qui a travaillé en qualité de manoeuvre, s'élevait en 2010 à 5'092 francs pour 40h/semaine, respectivement à 5'295.68 francs pour 41.6h/semaine usuelles. C'est ce dernier revenu que le TAF retient comme revenu sans invalidité.

**9.5.3** Pour le revenu avec invalidité, l'OAIE a déterminé, conformément à la jurisprudence (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés dans les ATF 133 V 545), un salaire mensuel brut d'un salarié exerçant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans tout le secteur privé se montant en 2010 à 4'901 francs pour 40h/semaine, respectivement à 5'097.04 francs pour 41.6h/semaine usuelles. A juste titre, il a considéré que le marché de travail entier, recouvrant les secteurs de production et des services, contient un large éventail d'activités simples et répétitives qui sont adaptées aux limitations de l'assuré (cf. arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1) et qui nécessitent d'ailleurs pas de formation ou de connaissances professionnelles particulières.

L'OAIE a encore pratiqué un abattement de 10% sur cette valeur statistique compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré et de son âge. En

effet, selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés qui ne souffrent pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce – une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) – et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le pouvoir d'examen du Tribunal portant également sur l'opportunité d'une décision (cf. consid. 2.1 ci-dessus), le TAF doit, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement, porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'administration et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2; arrêts du TF 8C\_800/2017 du 21 juin 2018 consid. 4.2, 9C\_481/2017 du 1er décembre 2017 consid. 3.2). En l'espèce, le TAF peut confirmer la déduction de 10% pratiquée par l'OAIE ; une déduction supplémentaire n'est pas justifiée, le recourant pouvant notamment faire valoir ses expériences professionnelles variées qu'il a acquis au cours de son parcours professionnel. De plus, ses limitations ne sont pas nombreuses. Il en résulte alors un revenu d'invalidité de 4'587.34 francs. Par ailleurs, même une déduction maximale de 25% – le revenu avec invalidité s'élèverait alors à 3'822.78 francs – ne modifierait pas le résultat (cf. ci-dessous).

**9.5.4** La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 708.34 francs (5'295.68 francs – 4'587.34 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 13% (708.34 francs / 5'295.68 francs x 100%). Or, un degré de 13% ou de 20% tel que déterminé par l'OAIE (AI pces 154 et 54) ou alors de 28% si l'on devait tenir compte d'une déduction maximale de 25% sur le revenu d'invalidé ( $(5'295.68 \text{ francs} - 3'822.78 \text{ francs}) / 5'295.68 \text{ francs} \times 100\%$ ) ne donne pas droit à une rente eu égard à l'art. 28 al. 2 LAI cité, le degré d'invalidité minimal étant de 40% (cf. consid. 5.6).

## 10.

En conclusion, le recours est rejeté. Ainsi, la décision du 15 février 2017

est confirmée et la demande de prestations du recourant rejetée (cf. ATF 130 V 143 consid. 4.2, 129 II 441 consid. 1, 125 II 29 consid. 1.c; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., pp. 811 s.; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, op. cit., ch. 3.192 p. 225).

#### **11.**

Il n'est pas perçu des frais de procédure, le recourant ayant été dispensé du paiement des frais de procédure (TAF pce 28) et l'OAIE, en tant qu'autorité, ne devant pas y participer (cf. art. 63 al. 2 PA).

Il n'est pas non plus alloué de dépens, le recourant ayant été débouté et l'OAIE n'y ayant pas droit (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 à 3 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

**3.**

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)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse 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 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 :