



Cour III
C-2580/2023

Arrêt du 16 avril 2025

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Selin Elmiger-Necipoglu, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 15 mars 2023).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), de nationalité espagnole et né le (...) 1962, est marié et père de deux enfants (nés en 1988 et 1996 ; OAIE pce 43). L'intéressé a travaillé en Suisse, en particulier en 1980 et de 1986 à 1996, cotisant ainsi aux assurances sociales suisses (OAIE pce 41 ; TAF pce 9). En dernier lieu, il a travaillé à plein temps en Espagne en qualité de maçon du 17 janvier 2011 au 16 juillet 2021, date à laquelle il a interrompu son activité à cause de son état de santé et bénéficié d'indemnités de l'assurance-maladie espagnole (OAIE pces 66, 69-70 et 73). Le 5 juin 2022, une rente d'invalidité lui a été octroyée par les autorités espagnoles (OAIE pces 69-70).

B.

B.a Le 15 juin 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a reçu la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'intéressé, datée du 8 novembre 2021 et transmise par l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (ci-après : INSS). Cette demande est accompagnée des formulaires E 204-ES « *Tramitación de una solicitud de pensión de invalidez* », E 205-ES « *Certificación relativa a la vida laboreal en España* », E 213-ES « *Informe médico detallado* » du 9 juin 2022 ainsi que de divers rapports médicaux (OAIE pces 1 à 19).

B.b Procédant à l'instruction de la demande, l'autorité inférieure a recueilli le « Questionnaire à l'assuré (e) » du 20 août 2022 et le « Cuestionario para el empleador » du 19 août 2022 (OAIE pces 46 et 66). L'intéressé a transmis divers rapports médicaux – déjà au dossier – ainsi qu'un nouveau rapport médical du 29 juin 2022 du Dr B._____ (ci-après : Dr B._____), cardiologue (OAIE pces 24 à 40).

B.c Invité à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, le Dr C._____ (ci-après : Dr C._____), médecin généraliste et médecin certifié pour le Service médical régional (ci-après : SMR), résume le rapport cardiologique du 19 juin 2019, l'échographie du 2 septembre 2021, le rapport médical du 13 septembre 2021, le formulaire E 213 du 6 juin 2022 et le rapport médical du 29 juin 2022. Le Dr C._____ retient le diagnostic principal de myocardiopathie dilatée familiale et ischémique (I25.0/I42.0) : dysfonctionnement systolique léger du ventricule gauche et status après infarctus du myocarde le 23 juin 2022. En ce qui concerne les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr C._____

retient un diabète de type II, une dyslipidémie et une hyperuricémie. Selon l'appréciation du Dr C._____, à la suite des crises angineuses, ayant abouti récemment à un infarctus du myocarde, la capacité de charge physique a progressivement diminué et le degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle devient également de plus en plus difficile pour des raisons de prévention. Le Dr C._____ retient une incapacité de travail, dans l'activité habituelle, de 30% dès le 30 mai 2018 et de 80% dès le 2 septembre 2021. Enfin, le Dr C._____ retient une capacité de travail entière, dès le 30 mai 2018, dans une activité adaptée dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux avec les bras au-dessus de la tête, ni en position penchée, pas d'exposition au froid ni au stress et pas de conduite de véhicule (OAIE pce 72).

B.d Confirmant le projet de décision du 30 décembre 2022 (OAIE pce 74), l'autorité inférieure a, par décision du 15 mars 2023, rejeté la demande de prestations du 8 novembre 2021, reçue le 15 juin 2022, aux motifs qu'il existe une atteinte à la santé causant une incapacité de travail, dans l'activité habituelle de 30% dès le 30 mai 2018 et de 80% dès le 2 septembre 2021 mais que des activités adaptées sont exigibles à hauteur de 100% dès le 30 mai 2018 dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux avec les bras au-dessus de la tête ni en position penchée, accroupie ou à genoux, pas d'exposition au froid ni au stress et pas de conduite de véhicule. La perte de gain s'élève à 7% dès le 2 septembre 2021 (OAIE pce 77).

C.

C.a Par acte du 28 avril 2023 (timbre postal), l'intéressé a interjeté recours contre la décision du 15 mars 2023 de l'OAIE par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal) concluant en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité entière (TAF pces 1 et 3). A l'appui de son recours, l'assuré a produit divers rapports médicaux (annexes à TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 25 mai 2023, le Tribunal a invité le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès la réception de ladite décision incidente, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 5). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 6).

C.c Par réponse du 5 septembre 2023, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 9).

C.d Par réplique du 16 octobre 2023 (timbre postal), le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes (TAF pce 11).

C.e Par duplique du 16 novembre 2023, l'autorité inférieure a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 14).

C.f Par ordonnance du 20 novembre 2023, le Tribunal a transmis au recourant la duplique de l'OAIE et signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 15).

C.g Par correspondance du 14 février 2025, le Tribunal a invité l'autorité inférieure à lui transmettre à nouveau, jusqu'au 3 mars 2025, une copie de la prise de position du Dr C. _____ du 7 décembre 2022 dont le scan est en partie illisible (TAF pce 16). Le 20 février 2025, l'OAIE a transmis au Tribunal la pièce requise (TAF pce 17).

C.h Par correspondance du 28 février 2025, le recourant a en substance informé le Tribunal qu'il n'était pas en possession du rapport médical du Dr C. _____ du 7 décembre 2022 et que le seul document signé par le Dr C. _____ dont il dispose est un consentement éclairé pour une intervention chirurgicale qui ne contient aucune information médicale. A cet égard, il a transmis au Tribunal un formulaire, daté du 24 juin 2022, relatif au consentement donné pour une opération chirurgicale (TAF pce 18).

C.i Par ordonnance du 11 mars 2025, le Tribunal a transmis à l'autorité inférieure une copie de la correspondance du 28 février 2025 du recourant pour connaissance et rappelé aux parties que l'échange d'écritures est en principe clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 19).

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.01) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse.

3.

Le Tribunal administratif fédéral définit les faits, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). 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 ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3).

Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état le 1^{er} janvier 2022, ch. 1007 à 1010). En l'espèce, dès lors que s'il était accordé, le droit à la rente prendrait naissance au plus tôt le 1^{er} mai 2022 (soit six mois après le dépôt de la demande en date du 8 novembre 2021 [cf. 29 al. 1 LAI et consid. 5.2 ci-dessous] ; arrêts du TF 9C_17/2024 du 16 janvier 2025 consid. 3.2 ; 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; 9C_484/2022 du 11 janvier 2023 consid. 2), il convient d'appliquer le nouveau droit à la présente cause.

4.2 Le recourant étant un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant cotisé en Suisse et en Espagne (cf. consid. A), l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5).

4.3 Enfin, il est de jurisprudence constante que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit, elle, être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

5.

5.1 Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années de cotisations au moins (art. 36 al. 1 LA ; cf. OAIE pce 41 et TAF pce 9), et remplir les conditions cumulatives suivantes (art. 28 al. 1 LAI) : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

5.2 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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

5.3 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

5.4 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA 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 la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

6.

6.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

6.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante

d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

6.3 Concernant les rapports des médecins rattachés à un assureur, tels que les prises de position du service médical de l'OAIE, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

Les prises de position du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer

une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

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 (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

7.

7.1 En l'occurrence, comme cela ressort de la décision attaquée ainsi que du mémoire de réponse de l'autorité inférieure, celle-ci s'est fondée sur la prise de position de son service médical du 7 décembre 2022 (OAIE pce 72 et TAF pce 17) pour rendre sa décision (OAIE pce 77). Par conséquent, il convient d'examiner si la prise de position du Dr C. _____ a valeur probante.

7.1.1 Dans le cadre de sa demande, le recourant a produit divers rapports médicaux. Le compte-rendu de radiologie du 4 avril 2012 fait état de signes de discopathie en C5-C6, de septum antérolatéral de C3 à C6 et de signes d'arthrose au niveau des articulations inter-apophysaires de C7-T1 (OAIE pces 1 et 24). Le rapport médical du 18 novembre 2014 mentionne le diagnostic d'une verrue vulgaire (OAIE pces 2 et 25). Selon le rapport radiologique du 22 septembre 2017, il existe, au niveau de la colonne lombaire, des changements dégénératifs naissants avec sclérose des articulations inter-apophysaires et ostéophytose latérale minime ainsi qu'au niveau de la cheville gauche, des modifications dégénératives des articulations du tarse, avec sclérose sous-chondrale et prolifération de l'os marginal, des multiples calcifications vasculaires et la mise en évidence d'une enthésopathie calcifiante au niveau de l'insertion distale de l'Achille dans le calcanéum (OAIE pces 3 et 26). En outre, divers analyses et rapports médicaux relatifs aux investigations cardiologiques sont également produits, lesquels ont conclu que l'intéressé est porteur d'un variant hétérozygote du gène TTN, entraînant une myocardiopathie dilatée familiale (OAIE pces 4 à 10, 13 à 15 ; 27 à 33, 37 à 39).

7.1.2 Selon le rapport de l'évaluation clinique du 10 septembre 2021 relative aux risques professionnels uniquement, le Dr D. _____ (ci-après : Dr D. _____), médecin du travail, a procédé à un examen clinique le 23 juin 2021. Le Dr D. _____ indique que l'exploration des membres supérieurs révèlent l'absence de déformation ou de signes articulaires anormaux, aucune dystrophie, un tonus normal et une mobilité indolore. En ce qui concerne les membres inférieurs, l'examen révèle l'absence de déformation et de signes articulaires anormaux, aucune asymétrie ni douleur à la mobilisation n'étant observée. Le Dr D. _____ constate que l'exploration de la colonne vertébrale et dorsolombaire révèle l'absence de déformation thoraciques franches, de limitation de la mobilité de la colonne vertébrale et de l'absence de contracture ainsi que de point douloureux. A l'exploration du système nerveux, le Dr D. _____ conclut à l'absence de signes pathologiques. A l'exploration spécifique de l'ostéo-musculaire, le Dr D. _____ indique que l'examen de la colonne révèle une mobilité articulaire conservée, sans atteinte des nerfs périphériques, que selon l'examen des mains, la force et la sensibilité des membres supérieurs sont conservées et que l'examen des genoux révèle l'absence de résultats pathologiques dans les membres inférieurs. En outre, le Dr D. _____ indique qu'à la suite de l'étude électrocardiographique, le tracé électrocardiographique est compatible avec la normalité. A l'issue de son examen clinique, le Dr D. _____ a rapporté que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et l'hyperuricémie sont bien contrôlées par traitement et que le diabète sucré de type II est régulièrement contrôlé par traitement. En outre, le Dr D. _____ recommande que la myocardite dilatée et l'angine de poitrine sont à suivre par un spécialiste ainsi qu'un contrôle par le médecin généraliste pour le diabète. En outre, le Dr D. _____ liste des risques auxquels l'intéressé est exposé et qui peuvent faire l'objet d'une surveillance de la santé : travaux en hauteur, efforts excessifs, mouvements répétitifs, manipulation manuelle de charges, postures forcées, polluants chimiques non définis, poussières et fumées non définies, bruits, vibrations, charge physique statique, charge mentale, conducteur et dermatose. Enfin, le Dr D. _____ conclut que l'intéressé n'est pas apte à exercer son activité habituelle de personnel de chantier (OAIE pces 12 et 36). Selon la correspondance du 10 septembre 2021, le Dr D. _____ a communiqué à l'intéressé les résultats des analyses sanguines effectuées le 26 juin 2021 ainsi des informations relatives aux risques cardiovasculaires (OAIE pce 35).

7.1.3 Il ressort notamment de l'échocardiographie transthoracique du 2 septembre 2021 et du rapport médical du 13 septembre 2021 du Dr E. _____ (ci-après : Dr E. _____), médecin spécialiste en cardiologie,

que le ventricule gauche est de taille normale, qu'il existe un épaissement concentrique des parois du ventricule gauche de degré léger et que la fonction systolique de ce ventricule est légèrement réduite (fraction par éjection du ventricule gauche [FEVG] 45%). En outre, il fait état d'une hypokinésie globale du ventricule gauche et d'un flux transmural de relaxation (OAIE pces 13 et 14 ; 37 et 38). Le Dr E._____ mentionne les diagnostics suivants : cardiomyopathie dilatée familiale (porteur hétérozygote d'une variante pathogène du TTN [p. Ty17457*]) ; FEVG légèrement réduite (45%) ; stade C du système de stadification de l'insuffisance cardiaque de l'American College of Cardiology (ACC) et de l'American Heart Association (AHA) ; classe II de la classification de l'insuffisance cardiaque de la New York Heart Association (NYHA) ; syndrome coronaire chronique ; angine de poitrine d'effort stable, classe 2 du système de classification de l'angor de la Canadian Cardiovascular Society (CCS) ; sténose légère dans l'artère coronaire descendante antérieure proximale (40%) en 2019 ainsi que les facteurs de risques cardiovasculaires présents chez l'assuré, soit le diabète de type II, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et le fait que l'intéressé soit un fumeur (OAIE pces 14 et 38). Il ressort du compte-rendu de la scintigraphie myocardique du 29 septembre 2021, que les images obtenues montrent une distribution normale du traceur dans les parois ventriculaires, qu'aucun défaut de perfusion réversible susceptible d'entraîner une diminution de la réserve coronaire ou irréversible pouvant être associée à un infarctus n'est observé ainsi qu'une normo-kinésie avec un épaissement systolique normale de la paroi. En outre, il est noté que les volumes ventriculaires sont normaux et que la fraction d'éjection est conservée, soit FEVG 54% (OAIE pces 15 et 39).

7.1.4 Le formulaire E 213 – rapport médical détaillé – du 9 juin 2022 a été rédigé par la Dre F._____ (ci-après : Dre F._____), médecin de spécialisation inconnue, à la demande de l'INSS (OAIE pce 16). La Dre F._____ rapporte les antécédents médicaux de l'intéressé, à savoir : une dyslipémie, une hypertension artérielle, une hyperuricémie, un diabète sucré de type II, une cardiomyopathie dilatée familiale (porteur hétérozygote d'une variante pathogène du TTN [P. TYR1757*]), une FEVG modérément réduite (37%), stade C de l'AHA/ACC, classe II-III de la NYHA, une angine de poitrine d'effort stable (classe 2 du CCS) et une sténose modérée de l'artère coronaire descendante antérieure proximale sur la coronarographie. Selon les observations de la Dre F._____, l'intéressé est conscient et orienté, l'équilibre de la colonne lombaire est préservé, l'équilibre en amplitude, prise et pince bi-digitale est efficace des deux mains et il existe une gêne au pied gauche – pied plat valgus. En

outre, la Dre F._____ constate que les manœuvres d'étirement radiculaire sont négatives et que la marche et les mouvements sont normaux, indépendamment de la claudication. En ce qui les observations relatives aux fonctions cardiaques, la Dre F._____ mentionne une scintigraphie myocardique et les résultats de laboratoire de mars 2022. Toutefois, il sied de relever que ces documents médicaux ne figurent pas au dossier et ne sont pas joints au formulaire E 213 du 9 juin 2022. Les résultats mentionnés par la Dre F._____ concernant la scintigraphie myocardique de mars 2022 sont strictement identiques aux conclusions figurant au compte-rendu de la scintigraphie myocardique du 29 septembre 2021 (cf. supra consid. 7.2.2 et OAIE pces 15 et 39). En ce qui concerne les diagnostics, la Dre F._____ mentionne : mycardiopathie dilatée familiale ; porteur hétérozygote d'une variante pathogène du TTN (P. TYR17457*) ; FEVG légèrement réduite (45%) ; syndrome coronaire chronique ; légère sténose de l'artère coronaire descendante antérieure proximale (40%) en 2019 ; épisodes de douleurs thoraciques atypiques et d'angine de poitrine d'effort incertaine avec scintigraphie myocardique normale (mars 2022) et diabète de type II. Quant aux limitations fonctionnelles, la Dre F._____ mentionne des activités professionnelles exigeant une charge de travail physique d'intensité modérée à élevée ainsi que les restrictions relatives à l'exposition au froid. En ce qui concerne la capacité de travail, la Dre F._____ indique que l'activité habituelle de maçon n'est plus exigible mais qu'une activité adaptée est exigible à plein temps (OAIE pce 16).

Selon le rapport médical du 29 juin 2022 du Dr B._____, l'intéressé a été hospitalisé du 23 au 29 juin 2022 pour un syndrome coronarien aigu avec des données ECG d'ischémie antérieure. Ensuite, l'intéressé était asymptomatique et hémodynamiquement stable, sans récurrence de douleurs thoraciques ni signes d'insuffisance cardiaque, suivi sans événements arythmiques d'intérêt. L'échocardiographie transthoracique du 28 juin 2022 montre une dysfonction systolique modérée due à une hypokinésie globale, plus marquée au niveau apical, sans valvulopathie significative, ainsi qu'une coronarographie, réalisée à la même date, qui montre une maladie coronarienne d'un vaisseau, complètement revascularisée par une angioplastie coronaire. En outre, l'assuré est évalué pendant l'hospitalisation pour un mauvais contrôle du diabète et le traitement par insuline est initié. Le Dr B._____ retient les diagnostics suivants : 1. syndrome coronaire aigu, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (classification de Killip stade I) ; 2. coronaropathie monovasculaire. Revascularisation percutanée avec implantation de stent au-dessus de l'artère descendante antérieure avec un bon résultat

(revascularisation percutanée complète); 3. cardiomyopathie dilatée familiale (hétérozygote p. Tyr17457*); 4. fonction systolique du ventricule gauche modérément réduite en raison d'une hypokinésie globale, plus marquée dans la zone de l'artère descendante antérieure; 5. facteur de risques cardiovasculaires : fumeur actif, dyslipémie, diabète sucré de type II (OAIE pce 40).

7.1.5 Dans sa prise de position du 7 décembre 2022 (OAIE pce 72 et TAF pce 17), le Dr C. _____ se réfère au rapport médical du 19 juin 2019 (OAIE pces 9 et 32), à l'échocardiographie du 2 septembre 2021 (OAIE pces 13 et 37), au rapport médical du 13 septembre 2021 (OAIE pces 14 et 38), au formulaire E 213 du 6 juin 2022 (OAIE pce 16) et au rapport d'hospitalisation du 23 au 29 juin 2022 (OAIE pce 40). Le Dr C. _____ retient le diagnostic principal de cardiomyopathie dilatée familiale et ischémique (I25.0/I42.0) : légère dysfonction systolique du ventricule gauche et status après infarctus du myocarde le 23 juin 2022. En ce qui concerne les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr C. _____ mentionne un diabète sucré de type II, de dyslipémie et d'hyperuricémie. Les limitations fonctionnelles retenues sont : pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, ni se pencher, éviter l'exposition au froid et à un travail impliquant du stress. Selon le Dr C. _____, la capacité de charge physique de travail a diminué progressivement et le degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle se justifie également pour des raisons de prévention. Enfin, le Dr C. _____ conclut à l'exigibilité d'une activité adaptée à temps plein. A cet égard, le Dr C. _____ indique que les activités légères en position assises et/ou avec changement de positions sont exigibles dans le domaine des services collectifs et personnels, par exemple, surveillant de parking/musée; dans le domaine du commerce en général, par exemple la vente par correspondance; dans le commerce de détail, par exemple vendeur de billets; ainsi que des activités simples, sans qualification spéciale de bureau et administration, par exemple, enregistrement, classement, archivage, accueil/réceptionniste, saisie de données/scannage.

7.1.6 Concernant la prise de position du Dr C. _____, le Tribunal constate en premier lieu que le résumé fait par le Dr C. _____ du rapport médical du 29 juin 2022 n'est pas correct dans la mesure où le Dr C. _____ mentionne que la fonction systolique du ventricule est maintenue avec une FEVG de 54% alors que selon les résultats de l'échocardiogramme transthoracique du 28 juin 2022, la FEVG est de 36%. Le Dr C. _____ indique également que le dysfonctionnement systolique du ventricule

gauche est léger alors que selon le rapport médical du 29 juin 2022, la fonction systolique du ventricule gauche est modérément réduite. Ainsi, le Tribunal constate que les indications inexactes du Dr C. _____ tendent à minimiser la portée exacte des atteintes cardiaques dont souffre l'intéressé et que le Dr C. _____ se prononce sur les données antérieures à l'infarctus du myocarde du 23 juin 2022 et non plus les récentes. Il sied également de signaler que le Dr C. _____ retient le diagnostic principal de « myocardiopathie dilatée familiale et ischémique » tandis que dans son rapport médical du 29 juin 2022, le Dr B. _____ mentionne que la cardiomyopathie dilatée dont souffre l'intéressé est non ischémique et que l'intéressé est admis à l'hôpital en raison d'un syndrome coronarien aigu avec des données ECG d'ischémie antérieure. Ainsi, le Tribunal constate que la prise de position médicale du Dr C. _____ contient des informations contradictoires par rapport aux informations figurant au dossier médical de l'intéressé. Dans ces circonstances, il subsiste des doutes quant à la fiabilité de l'appréciation faite par le Dr C. _____ de la capacité de travail de l'intéressé.

Par ailleurs, il sied de relever que le Dr C. _____ ne se prononce pas sur les radiographies produites par l'intéressé et ne les mentionne même pas dans sa prise de position. A cet égard, il convient de relever que selon le compte-rendu de radiologie du 4 avril 2012, il existe des signes de discopathie en C5-C6, un septum antérolatéral de C3 à C6 et des signes d'arthrose au niveau des articulations inter-apophysaires de C7-T1 (OAIE pces 1 et 24). Quant au compte-rendu du rapport radiologique du 22 septembre 2017 (cf. OAIE pces 3 et 26), il est fait état, au niveau de la colonne lombaire, de l'existence des changements dégénératifs naissants avec sclérose des articulations inter-apophysaires et ostéophytose latérale minime. Au niveau de la cheville gauche, il est conclu à des modifications dégénératives des articulations du tarse, avec sclérose sous-chondrale et prolifération de l'os marginale, à de multiples calcifications vasculaires et à la mise en évidence d'une enthésopathie calcifiante au niveau de l'insertion distale de l'Achille dans le calcanéum. En outre, le Tribunal constate que les Drs D. _____ et F. _____ ne mentionnent pas non plus ces radiographies. Ainsi, aucun médecin n'a commenté ces radiographies et une correspondance entre ces imageries médicales et un examen clinique n'a pas été faite non plus, ni aucune observation ou remarque relative à l'évolution éventuelle de ces atteintes. Par ailleurs, il sied également de relever que le Dr C. _____ ne mentionne pas non plus le rapport médical du Dr D. _____ du 10 septembre 2021 dans sa prise de position médicale du 7 décembre 2022. Il s'ensuit que le Dr C. _____ n'a pas tenu compte

de l'ensemble des atteintes dont souffre l'intéressé et que la prise de position du Dr C. _____ est donc lacunaire.

7.2 Dans ces circonstances, force est de constater que des doutes subsistent sur le caractère invalidant de l'ensemble des atteintes dont souffre le recourant, de sorte que la prise de position du SMR du 7 décembre 2022 ne pouvait constituer une évaluation finale fiable de l'état de santé respectivement de la capacité de travail de l'intéressé. Le caractère éventuellement invalidant des troubles de l'appareil locomoteur et cardiaque n'ayant pas été dûment clarifié, le Tribunal ne saurait retenir, à cet égard, comme établie au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une activité adaptée est exigible à temps plein à partir du 30 mai 2018.

7.3 Ainsi, en l'état, la documentation en cause ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les circonstances médicales pertinentes et les éléments liés à la capacité de travail résiduelle du recourant. Force est dès lors d'admettre que le dossier est lacunaire pour porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il y a lieu par conséquent de procéder à un complément d'instruction.

8.

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes du recourant, mais concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble. L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressé auprès de ses médecins traitants

et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse, sous réserve de l'art. 43 al. 2 LPGA, en particulier dans les domaines de la cardiologie et de la rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

L'autorité inférieure déterminera ensuite le taux d'invalidité ainsi que le droit de l'assuré à une rente d'invalidité tout en tenant compte de la jurisprudence fédérale relative aux assurés se trouvant proche de l'âge de la retraite suisse selon laquelle, lorsque l'assuré est d'un âge avancé, il sied d'examiner si l'intéressé, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, est en mesure d'exploiter économiquement une éventuelle capacité de travail résiduelle attestée d'un point de vue médical (cf. notamment ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1, 3.3 et 3.4). L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

9.

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA). Le recourant, qui n'est pas représenté, n'allègue pas avoir engagé des frais relativement élevés dans le cadre de la présente cause, aucun dépens ne lui est alloué (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

(le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 15 mars 2023 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :