



Cour III
C-2707/2007
{T 0/2}

Arrêt du 3 mars 2009

Composition

Vito Valenti (président du collège), Franziska Schneider,
Stefan Mesmer, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____, Lgar. Peracoba, 7-Buxan de Rois, ES-
Coruña,
recourant,

contre

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

Objet

l'assurance-invalidité (décision du 14 mars 2007).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____ a travaillé en Suisse dans la construction pendant plusieurs périodes entre les années 1971 et 1990 (pces 61; 60 p. 2; 14 p. 2-5; 3 p. 2; 2 p. 2). De retour en Espagne, il a exercé la profession de maçon jusqu'au 20 octobre 2007 (pces 2 p. 2; 7; 17 p. 3). En date du 26 septembre 2003, il a présenté une demande de prestation de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS; pce 1 p. 7), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- trois actes de la sécurité sociale espagnole certifiant que l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité permanente de 100% à partir du 1^{er} juin 1998 (pces 5; 6; 8),
- le questionnaire à l'assuré, reçu par la Caisse suisse de compensation le 12 août 2004, dans lequel l'intéressé indique qu'il a travaillé à plein temps jusqu'au 20 octobre 1997 (pce 17),
- un rapport médical du 15 avril 1997 établi au centre hospitalier B._____ indiquant que l'intéressé a été hospitalisé à l'hôpital C._____ du 19 mars au 15 avril 1997 et faisant part d'une hémicolectomie effectuée le 7 avril 1997 (pce 25),
- un rapport anatomopathologique du 18 avril 1997 faisant notamment part d'un adénocarcinome du côlon bien différencié, classé Duke C et d'une métastase d'adénocarcinome dans l'un des 10 ganglions préintestinaux (pce 23),
- différents rapports médicaux en rapport avec l'hospitalisation précitée (un rapport radiodiagnostique du thorax et de l'abdomen daté du 18 mars 1997 [pce 19]; un rapport échographique de l'abdomen daté du 18 mars 1997 [pce 20], résultats d'une exploration radiologique barytée du 1^{er} avril

1997 [pce 21]; un rapport anatomopathologique préopératoire du 7 avril 1997 faisant part d'une lésion affectant l'iléon terminal [pce 22]; un rapport anatomopathologique du 8 avril 1997 [pce 24]; en outre, il ressort du dossier que l'intéressé a suivi 6 cycles de chimiothérapie après son opération [pces 33; 68; 78],

- un rapport médical du 4 avril 2000 établi au centre hospitalier B._____ indiquant que l'intéressé a été hospitalisé à l'hôpital C._____ du 30 mars au 4 avril 2000 et faisant part d'une gastro-entérite avec déshydratation et insuffisance rénale et prérénale légère (pces 36-38),
- un rapport médical du 16 janvier 2002 établi au centre hospitalier B._____ indiquant que l'intéressé a été hospitalisé à l'hôpital D._____ du 11 au 16 janvier 2002 suite à un accident lors du maniement d'une tronçonneuse et faisant notamment part d'une section du tendon péroné latéral et d'arthrotomie du pied gauche (pce 45),
- différents rapports médicaux suite à des contrôles effectués sur l'intéressé ne décelant pas de récurrence du cancer (résultats d'un scanner de la région du thorax, de l'abdomen et du pelvis du 7 juillet 1997 [pce 26]; rapport endoscopique du côlon du 6 avril 1998 [pce 28]; rapport anatomopathologique du 8 avril 1998 suite à une biopsie du côlon [pce 29]; résultats d'un scanner de la région du thorax, de l'abdomen et du pelvis du 12 juin 1998 [pce 30]; rapport échographique abdominal du 10 juillet 1998 [pce 27]; rapport du 13 juillet 1998 suite à une exploration radiologique barytée [pce 31]; résultats d'un scanner de la région de l'abdomen et du pelvis du 28 juin 1999 [pce 32]; rapport radiologique de l'abdomen du 30 mars 2000 [pce 34]; un rapport échographique de l'abdomen du 31 mars 2000 [pce 35]; un rapport du 6 juin 2000 suite à une colonoscopie [pce 33]; résultats d'un scanner de la région du thorax, de l'abdomen et du pelvis du 15 juin 2000 [pce 39]; résultats d'une colonoscopie du 7 juin 2001 [pce 40]; résultats d'un scanner de la région du thorax, de l'abdomen et du pelvis du 14 juin 2001 [pce 43]; résultat d'un scanner de la région du thorax, de l'abdomen et du pelvis du 6 juin 2002 [pce 48]; résultats d'une colonoscopie du 18 juin 2002 [pce 46]; résultats d'un scanner de la région de l'abdomen, du thorax et du pelvis du 5 juin 2003

[pce 53]; résultats endoscopiques du 26 septembre 2003 [pce 54]; résultats d'un scanner de la région du thorax, de l'abdomen et du pelvis du 7 juin 2004 [pce 56]; résultat d'une colonoscopie du 16 juillet 2004 [pce 57]; un rapport médical du 6 août 2004 [pce 59],

- différents examens hémato-chimiques daté du 8 juin 2001 [pces 41-42], du 18 juin 2002 [pce 49 p. 2] du 21 juin 2002 [pces 49 p. 1; 50], du 4 juin 2003 [pces 51 p. 3-4; 52], du 5 juin 2003 [pce 51 p. 1-2], du 4 juin 2004 [pce 55 p. 3-6], du 7 juin 2004 [pce 55 p. 1-2],
- un rapport médical E 213 du 13 janvier 2004 (pce 60) établi par le Dr E._____ faisant notamment part d'une hémicolectomie droite effectuée en avril 1997 suite à un néoplasme du caecum avec chimiothérapie postérieure, de l'absence de tout traitement de l'assuré, d'aucune détection de récurrence du cancer par voie endoscopique, d'un poids stable, d'un appétit normal, d'une marche normale et sans aide mécanique, de quatre à cinq selles par jour, en général très fluides, produits presque toujours pendant la journée, de problèmes fonctionnels de contrôle et de permanence en certains lieux de travail éloignés de toilettes; le médecin de l'INSS conclut que l'assuré ne peut plus exercer à temps complet sa profession de maçon mais pourrait travailler devant un écran de vidéo.

C.

L'OAIE soumet le dossier à la Dresse F._____ de son service médical qui retient dans son rapport daté du 13 décembre 2004 (pces 61-62) le diagnostic de status après intervention chirurgicale en avril 1997 suivi de 6 cycles de chimiothérapie pour un adénocarcinome de l'iléon terminal classé DUKES C, toujours en rémission en avril 2004, de lésions multiples au pied gauche d'origine accidentelle avec entre autres section du tendon péroné latéral avec suture chirurgicale immédiate le 11 janvier 2002 sans limitation fonctionnelle apparente. Selon elle, le cancer dont souffre l'assuré est resté en rémission complète suite à l'opération chirurgicale et la chimiothérapie effectuées sur l'intéressé en 1997. Elle souligne que, même si le marqueur tumoral est légèrement élevé, le patient peut être considéré comme toujours en rémission de manière durable. Elle conclut que

l'assuré ne présente pas une incapacité de travail égale ou supérieure à 40 % pendant 12 mois.

D.

Par décision du 16 décembre 2004, l'OAIE rejette la demande de prestation de l'assuré. Il retient que l'assuré ne présenterait pas une incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, susceptible de faire naître un droit à une rente (pce 63).

E.

Par acte du 16 janvier 2005 l'intéressé fait opposition à la décision du 16 décembre 2004. Il souligne que la sécurité sociale espagnole lui a reconnu un taux d'invalidité de 100% et conclut à l'acceptation de sa demande de prestation (pce 65).

F.

Par décision sur opposition du 5 juillet 2005, l'OAIE confirme sa décision du 16 décembre 2004 et rejette l'opposition de l'intéressé (pce 66).

G.

Par acte du 3 août 2005 (cf. pce 69), l'intéressé interjette recours auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse et survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger. Il joint à son mémoire un rapport médical du 9 septembre 2005 paraphé (pce 67).

H.

L'OAIE transmet le dossier à son service médical pour prise de position. La Dresse F._____ relève, dans son appréciation médicale du 10 octobre 2005 (pce 71), que le rapport paraphé daté du 9 septembre 2005 (pce 67) est très mal lisible de sorte qu'un nouveau rapport dactylographié doit absolument être demandé. De plus, elle retient qu'un nouveau rapport actualisé du service d'oncologie ou de chirurgie qui suit le patient doit être requis par l'Office. Ce rapport doit avoir pour objet l'anamnèse précise, l'examen clinique comportant taille et poids, les résultats des derniers examens sanguins et radiologiques, ainsi que les conclusions concernant l'attitude thérapeutique.

I.

Suite à cette appréciation, l'OAIE, dans sa réponse au recours du 13 octobre 2005 (pce 72), conclut à l'acceptation du recours, à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'administration pour nouvelle prise de décision dans le sens du rapport de son service médical. Par la suite, le recourant dépose une réplique (cf. pces 73 et 74) à laquelle il joint un rapport médical du 27 octobre 2005 (pce 68).

Par duplique du 22 novembre 2005 (pce 74), l'OAIE relève que le dernier rapport médical versé au dossier ne contient pas les informations nécessaires pour permettre de statuer en la cause et confirme ses conclusions faites lors de la réponse au recours.

J.

Par arrêt du 25 novembre 2005, la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger accepte le recours, annule la décision sur opposition entreprise, et renvoie la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens indiqué par le service médical de l'Office et nouvelle décision (pce 75).

K.

Invité par l'OAIE à produire de nouveaux documents, l'INSS verse les pièces suivantes au dossier:

- un rapport du 25 avril 2006 établi au centre hospitalier B._____, service de chirurgie générale et digestive indiquant notamment que l'assuré a été opéré d'un cancers du colon le 7 avril 1997 et a suivi par la suite une chimiothérapie de 6 cycles; selon ce rapport, le dernier contrôle effectué sur l'assuré en date du 23 juin 2005 au moyen d'un scanner et d'une colonoscopie n'a pas décelé de récurrence du cancer; les marqueurs tumoraux de l'assuré étant élevés, des contrôles annuels tant au service d'oncologie que de chirurgie s'avèrent toutefois nécessaires (pce 78),
- un rapport médical E 213 du 19 mai 2006 (pce 82) établi par le Dr G._____ faisant notamment part d'une opération en avril 1997 suite à un néoplasme du colon (stade C) avec chimiothérapie postérieure, d'un poids de 101 kg, d'une taille de 171 cm, de quatre à cinq selles par jour, d'un dernier

contrôle de l'appareil digestif (scanner et colonoscopie) effectué le 23 juin 2005 sans signe de récurrence du cancer, d'un marqueur tumoral élevé, d'une mobilité rachidienne conservée, de manœuvres radiculaires négatives, d'extrémités inférieures et supérieures sans limitation; le médecin de l'INSS conclut que l'assuré n'est plus à même ni d'exercer sa profession de maçon ni d'accomplir une activité adaptée,

- un exemplaire dactylographié, daté du 2 novembre 2006, du certificat médical du 9 septembre 2005 (pce 83 p. 4).

L.

L'OAIE présente ces nouvelles pièces à son service médical pour prise de position. Dans son rapport du 29 décembre 2006 (pce 85), la Dresse F._____ retient que le rapport médical du 25 avril 2006 (pce 78) ne fait état d'aucune complication invalidante au long cours ayant trait à l'affection tumorale ou au traitement de l'assuré. Elle considère ainsi que l'affection oncologique traitée en 1997 est toujours en rémission clinique et radiologique malgré un marqueur tumoral qui a tendance à la hausse au fil des ans. Parallèlement, elle souligne que le rapport E 213 daté du 19 mai 2005 [recte: 2006] (pce 82) et le rapport médical paraphé du 9 septembre 2005 (pces 83 p. 2-4) ne mentionnent aucune affection relevante. De plus, elle met en exergue que le poids élevé de l'assuré (101 kg pour 171 cm) est peu évocateur d'un processus tumoral actif. Elle conclut que l'assuré ne présente pas une incapacité de travail de plus de 30% dans la dernière activité au long cours.

M.

Par projet de décision du 9 janvier 2007, l'OAIE informe l'intéressé qu'il entend rejeter sa demande de prestation (pce 86). Par acte du 7 février 2006 [recte: 2007] (pce 87), l'assuré fait part de son désaccord quant au projet de décision et fait valoir un droit à recevoir les décisions dans une langue officielle en Espagne par l'intermédiaire de l'office de liaison espagnol. Il souligne que son état de santé s'est aggravé et qu'il a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail absolue en Espagne. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité en Suisse pour le moins supérieure à 50%.

N.

Par décision du 14 mars 2007, l'OAIE rejette la demande de prestation de l'assuré (pce 89).

O.

Par acte du 13 avril 2007, l'assuré interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (pce TAF 1). Il fait notamment valoir un droit à recevoir la décision entreprise dans une langue officielle en Espagne par l'intermédiaire de l'autorité de liaison espagnole et il souligne qu'aucun médecin ne l'a ausculté en Suisse, de sorte que le taux d'invalidité de 100% reconnu par la sécurité sociale espagnole doit également être reconnu en Suisse.

P.

P.a Invité à se déterminer par le Tribunal de céans, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours (pce TAF 3).

P.b Par réplique du 31 juillet 2007, le recourant réitère ses conclusions et souligne que, vu ses facultés physiques limitées, il ne peut faire des efforts astreignants, porter des poids ou rester debout de façon prolongée. Il conclut ainsi qu'il ne peut en aucun cas exercer sa profession de maçon (pce TAF 6). L'OAIE confirme ses conclusions par duplique du 27 août 2007 (pce TAF 11).

Q.

Par ordonnance du 2 juillet 2007, le Tribunal de céans requiert du recourant une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 400.- (pce TAF 4). Ce dernier s'acquitte d'un montant de Fr. 388.- dans le délai imparti (pces TAF 7).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la

mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin 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). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensations [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

2.4 Il sied encore de préciser que, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ni l'art. 6 CEDH, ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite. Aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (ATF 131 V 35 consid. 3.3 avec références).

3.

3.1 Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

3.2 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision litigieuse eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). La présente procédure est ainsi régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Les dispositions de la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont pas applicables.

3.3 Le recourant a présenté sa demande de rente le 26 septembre 2003 (pce 1 p. 7). En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement

le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 26 septembre 2002 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 14 mars 2007, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 14 p. 2) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1^{er} LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des

accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

5.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant de l'Union européenne, présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2).

5.4 Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

6.2 Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les mé-

decins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

7.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

7.2 En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en

général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et références citées).

8.

8.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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).

9.

9.1 En l'espèce, les rapports médicaux concernant le recourant et établis entre les années 1997 et 2006 font notamment état d'un cancer de l'iléon terminal, classé DUKES C, opéré en 1997, d'une chimiothérapie postérieure de 6 cycles, d'une surveillance médicale périodique portant sur une éventuelle récurrence du cancer, d'un marqueur tumoral élevé, de lésions multiples au pied gauche avec entre autre section du tendon péroné latéral avec suture chirurgicale immédiate le 11 janvier 2002. Il s'agit d'un status labile. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente. *In casu*, un éventuel droit à une rente ne pourrait toutefois être pris en considération qu'à partir du 26 septembre 2002 conformément à l'art. 48 al. 2 LAI (cf. consid. 3.3).

9.2

9.2.1 Il convient ensuite de déterminer si l'Office s'est basé sur une documentation médicale suffisante pour rendre sa décision. Par arrêt du 25 novembre 2005, la Commission de recours en matière d'assurances-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger a statué que l'autorité inférieure devait compléter le dossier avec un nouveau rapport médical actualisé comprenant une anamnèse précise, un examen clinique avec indication de la taille et du poids de l'assuré, les résultats des derniers examens sanguins et radiologiques, ainsi que les conclusions concernant l'attitude thérapeutique (pce 75). Il appert que les pièces produites par l'INSS suite à cet arrêt sont loin de correspondre pleinement aux documents demandés par la Commission de recours. Le rapport médical du 9 septembre 2005 (pce 83 p. 4) se limite à décrire les affections dont souffre l'assuré et à indiquer que les marqueurs tumoraux sont élevés. Il n'apporte ainsi aucune donnée médicale nouvelle. Le nouveau rapport médical du 25 avril 2006 effectué au service de chirurgie du complexe hospitalier B._____ (pce 78) décrit quant à lui très brièvement l'anamnèse de l'intéressé et se réfère à un dernier contrôle effectué sur l'assuré le 23 juin 2005 au moyen d'un scanner et d'une colonoscopie. Il relève que, vu le marqueur tumoral élevé de l'intéressé, des contrôles annuels s'avèrent nécessaires, tant au

service de chirurgie que d'oncologie. Les résultats des contrôles mentionnés ne sont toutefois pas joints au rapport. Finalement, le rapport médical E 213 du 19 mai 2006 (pce 82 p. 3) fait état d'un marqueur tumoral élevé en se référant à nouveau au dernier contrôle effectué sur l'assuré en juin 2005.

9.2.2 Le Tribunal de céans constate ainsi que les résultats des derniers testes sanguins et radiologiques figurant au dossier datent de 2004 et sont antérieurs de plus de 2 ans à la décision entreprise, quand bien même l'autorité inférieure avait été tenue par arrêt du 25 novembre 2005 à actualiser le dossier en la matière. Le rapport médical du 25 avril 2006 du service de chirurgie qui suit l'assuré (pce 78) se réfère uniquement à un dernier contrôle effectué sur l'assuré en juin 2005, soit avant que l'arrêt précité ait été rendu. On ne voit pas pourquoi l'autorité inférieure qui a rendu sa décision le 14 mars 2007 seulement n'a pas demandé à l'INSS de lui produire les résultats des derniers contrôles disponibles. En effet, le rapport du 25 avril 2006 indique clairement que l'intéressé doit être contrôlé annuellement tant au service d'oncologie qu'au service de chirurgie. Il appert ainsi que l'Office s'est basé sur des documents trop anciens et incomplets pour rendre sa décision. Par ailleurs, un complément d'instruction s'avérait d'autant plus nécessaire au vu du rapport E 213 du 13 janvier 2004, dans lequel le Dr E._____ retient que l'assuré n'est plus à même de travailler à temps complet dans sa profession de maçon (pce 60 p. 10) et du rapport E 213 du 19 mai 2006, dans lequel le Dr G._____ conclut à une incapacité de travail totale de l'intéressé (pce 82 p. 10). Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant toutes les expertises nécessaires, notamment un rapport oncologique actualisé et complété avec les résultats de rapports sanguins et radiologiques récents (si disponibles, sinon à effectuer) ainsi qu'une analyse rhumatologique circonstanciée (v. réplique du 31 juillet 2007 n° 6 p. 2). Les experts mandatés seront priés de s'exprimer également sur la capacité de travail de l'assuré dans sa profession de maçon ou, cas échéant, dans une activité de substitution adaptée. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

10.

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de

procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 388.- versé par le recourant le 3 août 2007 à titre d'avance de frais lui est restitué.

11.

Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (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]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 14 mars 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 388.- versé par le recourant à titre d'avance sur les frais de procédure présumés lui est restitué.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (acte judiciaire; n° de réf.)
- à l'Office des assurances sociales (acte judiciaire)

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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. 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :