



Arrêt du 19 juillet 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Christoph Rohrer, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représenté par Maître Andres Perez, Droits Égaux
Avocat-e-s,
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 1^{er} septembre 2021).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé, le recourant) – ressortissant français né en 1979, domicilié en France et père de trois enfants – a travaillé en Suisse de 2008 à 2017. En dernier lieu, il exerçait en qualité d'agent de sécurité et patrouilleur de nuit. Dans ce contexte, il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OAIE pces 3, 15, 28 et 42).

B.

B.a Le 10 mars 2020, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison principalement d'une dépression et d'une insuffisance cardiaque sévère ayant entraîné l'interruption en juillet 2017 de son activité professionnelle et ayant donné lieu à l'attribution, par la sécurité sociale française, d'une pension d'invalidité (OAIE pces 3, 4, 15 et 42).

B.b Selon la documentation médicale recueillie par l'assureur-invalidité, l'intéressé souffre d'une cardiomyopathie ischémique sévère à l'origine d'un premier infarctus en février 2018, puis d'un second en août 2019. Assurant le suivi de l'assuré avec l'objectif de lui permettre de retrouver « une activité physique d'intensité moyenne sans risque », le Dr B._____ – cardiologue – a notamment fait réaliser une polygraphie nocturne en octobre 2018, une IRM fonctionnelle du cœur en novembre 2019, une étude électrophysiologique en décembre 2019, un électrocardiogramme par holter rythmique en juin 2020 puis une scintigraphie myocardique en octobre 2020. Ces examens ont essentiellement mis en évidence une « séquelle d'infarctus assez étendue antéro-apicale sans ischémie significative », des troubles rythmiques supraventriculaires et ventriculaires « qui semblent bien contrôlés » par les traitements médicamenteux instaurés, un syndrome d'apnée du sommeil sévère ainsi qu'une valeur de fraction d'éjection ventriculaire gauche proche de la limite devant « faire discuter [l'indication d'un] défibrillateur » (OAIE pces 9, 19, 23 à 27 et 34).

B.c Dans un rapport médical détaillé E213, le Dr C._____ – médecin examinateur du Service médical de l'assurance-maladie de (...) – a exclu chez l'assuré toute capacité résiduelle de travail en raison des séquelles invalidantes d'infarctus du myocarde – soit un ventre ballonné, des douleurs thoraciques permanentes et une dyspnée notable – ainsi que d'une dépression au sens du code F32 de la CIM-10 (rapport du 11 février 2020, OAIE pce 7).

B.d Le 4 novembre 2020, le Dr D. _____ – médecin SMR spécialisé en médecine interne générale – a retenu que la situation observée au plan cardiologique « reste compatible avec une activité physique légère à moyennement lourde » à l'instar de l'activité habituelle d'agent de sécurité et patrouilleur de nuit, qui est « parfaitement exigible ». A l'anamnèse, le médecin-conseil a évoqué une consultation du 2 juin 2020 au Centre hospitalier E. _____ pour un syndrome vertigineux qui n'a pas donné lieu à la pose d'un diagnostic précis (OAIE pce 36 ; cf. également rapport de consultation du Centre hospitalier E. _____ du 2 juin 2020, OAIE pce 21).

B.e S'étonnant de l'appréciation fournie par le service médical de l'OAIE, le Dr B. _____ a expliqué dans deux prises de position distinctes du 18 novembre 2020, que la pathologie cardiaque de l'assuré – qualifiée d'extrêmement sévère – a diminué sa capacité d'effort et ne lui permet pas en l'état de pratiquer une activité professionnelle ; à condition que le reconditionnement à l'effort et la réadaptation cardiaque soient réalisés, il pourrait en revanche exercer une « activité totalement sédentaire sans stress, sans charge à porter, sans condition atmosphérique variable de froid ou de chaud extrême et très vraisemblablement avec une adaptation du temps de travail » (OAIE pces 41 et 50).

B.f Après avoir procédé à la relecture du dossier et des nouvelles pièces médicales, le Dr D. _____ a considéré dans une prise de position datée du 16 décembre 2020 que l'assuré présente une cardiopathie ischémique qui « entraîne une incapacité de travail dans l'activité habituelle, avec possibilité d'une activité adaptée à plein temps et ceci dès le premier infarctus en février 2018 » (OAIE pce 48).

B.g Mandaté par l'assureur-maladie français pour évaluer l'état de santé psychique de l'assuré, le Dr F. _____ a expliqué dans une appréciation du 14 avril 2021 que suite à une réaction dépressive survenue en 2017, ce dernier continue à présenter un noyau dépressif toujours actif avec un contact asthénique, une phobie de sortir, une tendance à la clinophilie et l'apragmatisme, une humeur triste, un affect abrasé voire totalement indifférent, un syndrome dysexécutif, ainsi qu'une mémoire de fixation et des habilités exécutives déficientes. Suivant ce médecin-psychiatre, l'assuré souffre en résumé d'une symptomatologie dépressive à évolution chronique ayant pour mécanisme un trouble de l'adaptation avec une situation de burn-out liée à son engagement professionnel. Au vu de ces éléments cliniques réactionnels « qui sont totalement dépendant de l'évolution de [l'état] cardiaque », le Dr F. _____ estime « la perte de [la capacité] de travail pour raisons psychiatriques à un taux de 15 % » (OAIE pce 54).

B.h Invité à se prononcer sur les nouveaux rapports médicaux versés au dossier, le Dr D._____ a « confirmé » dans un avis du 31 mai 2021 que du point de vue somatique, l'assuré présente depuis son premier infarctus de 2018 une incapacité de travail de 80 % dans son activité habituelle et une capacité de travail complète dans une activité adaptée ; selon le médecin SMR, les conclusions du Dr F._____ sont par ailleurs claires et font admettre au plan psychique « une incapacité de travail de 15 % qui ne s'additionne pas aux incapacités retenues du point de vue somatique » (OAIE pce 56).

Se référant à l'avis du Dr F._____, le Dr G._____ – médecin SMR spécialisé en psychiatrie et psychothérapie – a retenu au terme d'une prise de position du 4 juin 2021 que l'intéressé présente depuis février 2017 une incapacité de travail totale dans son activité habituelle eu égard à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.2) ; l'incapacité de travail est en revanche de 20 % dans une activité adaptée, soit une activité non-anxiogène, excluant les tâches complexes et horaires de nuit et permettant une bonne gestion des émotions ainsi que de faire deux pauses de 30 minutes par jour (OAIE pce 58).

B.i Par décision du 1^{er} septembre 2021, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a rejeté la demande de prestations de l'intéressé, lui reconnaissant un taux d'invalidité de 14 % (OAIE pce 158).

C.

L'assuré interjette recours contre la décision de l'OAIE du 1^{er} septembre 2021, concluant à ce qu'une rente complète d'invalidité lui soit accordée ou, subsidiairement, à ce qu'il soit à nouveau statué sur son droit aux prestations après instruction complémentaire (TAF pce 1). A l'appui de ses conclusions, il produit notamment de nouvelles prises de position aux termes desquelles le Dr B._____ réitère en particulier que l'assuré n'est pas en mesure de reprendre son ancienne activité dans le domaine de la sécurité, expliquant par ailleurs avoir « tenté » une rééducation à l'effort avec le Dr H._____, qui n'a pas pu être réalisée en raison de la situation sanitaire liée au coronavirus (TAF annexes aux pces 1 et 15, soit en particulier rapports du Dr B._____ 12 avril 2010, 29 août 2013, 16 mars 2018, 27 août, 12 novembre 2019, 17 juin 2021 et 3 juin 2022 ; cf. également rapports du Dr I._____ du 20 novembre 2019 et du Dr J._____ du 2 novembre 2020).

Pour sa part, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 16). Dans une prise de position du 20 juin 2022 produite au cours de la procédure judiciaire, le Dr D. _____ a retenu que la nouvelle documentation médicale versée en cause n'est pas de nature à modifier ses précédentes conclusions. Aussi le médecin-conseil a-t-il observé que du point de vue cardiaque, la situation n'est pas aussi alarmante que certains documents le sous-entendent et est stabilisée depuis le 2^{ème} infarctus en août 2019. Toujours selon le Dr D. _____, la fonction cardiaque restait parfaitement normale après le 1^{er} infarctus et rien ne justifie du point de vue somatique une incapacité de travail avant le 2^{ème} infarctus. Quant à la situation cardiaque décrite après ce 2^{ème} infarctus, elle est stabilisée et reste compatible avec une activité adaptée.

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]). 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 [RS 830.1] 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.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur au moment de l'examen du recours (ATF 130 V 1 consid. 3.1).

1.3 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

2.

Délimité par les conclusions au recours, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dans le cadre de sa demande du 10 mars 2020.

3.

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront par conséquent citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable 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, de sorte qu'il est indifférent que le recourant perçoive des prestations de la sécurité sociale française (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.

4.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque

l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

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

Pour les assurés exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité s'évalue en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

4.3 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêt TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI). C'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

4.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En

ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 soient dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que 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 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 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

5.

En l'occurrence, l'OAIE considère qu'en raison de ses atteintes cardiaques et psychiques, l'assuré présente une incapacité de travail complète dans son activité habituelle de patrouilleur de nuit. En revanche, l'incapacité de travail est uniquement de 20 % dans une activité légère avec pauses de 30 minutes deux fois par jour, en milieu non anxiogène, ne nécessitant pas de responsabilité, n'impliquant pas de stress, ne sollicitant pas de faire des horaires de nuit, sans tâches complexes et ne nécessitant pas de la concentration ou de la rapidité. De l'avis de l'autorité précédente, le recourant reste ainsi en mesure de réaliser un salaire mensuel de Fr. 4'291.89 qui – comparé au revenu de Fr 5'002.15 réalisé dans la dernière activité – laisse apparaître une perte de gain de 14 % insuffisante pour ouvrir le droit à la rente.

5.1 Dans un premier grief, l'assuré reproche à l'autorité précédente d'avoir établi les faits de façon incorrecte à la suite d'une instruction insuffisante.

5.1.1 On doit donner raison au recourant. Pour évaluer l'incidence des atteintes à la santé de l'assuré, l'office AI s'est en effet fondé essentiellement sur l'appréciation documentaire fournie le 4 juin 2021 par le Dr G. _____ ainsi que sur celles rendues les 4 novembre, 16 décembre 2020 et 31 mai 2021 par le Dr D. _____ et confirmées en cours de procédure judiciaire. Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, ces prises de position ne suffisent toutefois pas à établir les circonstances médicales pertinentes au degré de vraisemblance prépondérante requis. Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères lorsque comme ici, un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, mais en se référant uniquement ou principalement aux rapports de médecins rattachés aux assureurs : s'il existe un doute même minime (« geringe Zweifel ») sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4 ; par ailleurs, cf. encore récemment arrêt du TF 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.2). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: arrêt du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3).

Or, on ne voit pas que les pièces médicales à disposition des médecins conseil de l'OAIE permettent d'établir de façon appropriée les circonstances médicales pertinentes. D'un point de vue somatique, les atteintes à la santé dont souffre l'assuré sont certes relativement bien circonscrites. Ainsi, il ressort clairement des rapports de consultation fournis par les médecins traitants de l'assuré que celui-ci présente un status après deux infarctus survenus en 2018 et 2019 dans le cadre d'une cardiomyopathie ischémique sévère. Faute notamment d'être retranscrite dans un status clinique exhaustif, l'incidence de ces atteintes sur les capacités fonctionnelles de l'assuré, respectivement sur sa capacité de travail, n'apparaît

toutefois pas évidente. Il est vrai que les rapports médicaux versés au dossier – en particulier ceux du Dr B. _____ – comportent certaines informations sur la fonction cardiaque de l'assuré. Lors des consultations, la fraction d'éjection de ce dernier a ainsi régulièrement été évaluée par le Dr B. _____, qui s'est par ailleurs prononcé plusieurs fois sur le déconditionnement physique qui en résulte. À l'inverse de ce que semble admettre le Dr D. _____, ces quelques renseignements s'inscrivent toutefois principalement dans le suivi et le traitement des atteintes de l'assuré et ne permettent ainsi pas d'évaluer l'exigibilité médico-théorique par simple avis documentaire. En ce qu'il évalue la capacité résiduelle de travail du recourant, le Dr D. _____ formule par ailleurs des conclusions divergentes de celles du Dr B. _____. Aussi ce simple constat est-il déjà de nature à jeter le doute sur les conclusions du médecin conseil. En effet, même si le lien de confiance qui unit un médecin traitant à son patient doit être pris en considération lorsqu'il s'agit d'évaluer la valeur probante de ses conclusions, celles-ci ne sauraient pour autant être ignorées, à tout le moins lorsqu'elles émanent comme ici d'un spécialiste du domaine médical concerné (dans ce contexte, cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 e 125 V 351 consid. 3a/cc). Or, le Dr D. _____ – spécialisé en médecine interne générale – n'explique pas de façon convaincante et motivée pourquoi l'évaluation par le Dr B. _____ de la capacité résiduelle de travail du recourant doit être écartée, se contentant de retenir de façon péremptoire que « la situation n'est pas aussi alarmante que certains documents le sous-entendent » ; à cet égard et à l'inverse de ce qui ressort des appréciations du Dr D. _____, la perspective – évoquée par le Dr B. _____ – de faire récupérer à l'assuré la capacité d'assumer « une activité physique d'intensité moyenne sans risque » ne permet à tout le moins pas de déduire qu'une telle activité est exigible en l'état. Comme l'exprime le recourant, il s'ajoute à cela que le Dr D. _____ a évolué dans son évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, excluant tout d'abord toute incapacité de travail pour reconnaître ensuite une telle incapacité dans l'activité habituelle dès le premier infarctus en 2018 et pour retenir enfin une incapacité de travail uniquement dans les suites du second infarctus en 2019 ; or, si l'on peut admettre qu'un médecin évolue dans son appréciation de l'état de santé d'un assuré, on doit attendre qu'il justifie son approche de façon convaincante, ce qui n'est pas le cas ici.

La situation est tout autant équivoque au plan psychique. On comprend ainsi mal pourquoi le Dr G. _____ admet une incapacité de 20 % due au trouble dépressif diagnostiqué alors que le Dr F. _____ – sur l'avis duquel il se fonde – évalue à seulement 15 % la « perte » de la capacité de travail pour raison psychique. Par ailleurs, si ce dernier médecin énumère les

symptômes observés chez l'assuré, il ne se prononce pas de façon circonstanciée sur leur gravité, leur intensité ou leur fréquence. Or, pour fournir une évaluation probante de la situation médico-psychiatrique, le spécialiste doit précisément exposer – au regard de l'examen clinique – les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les résultats obtenus sont susceptibles de réduire les capacités fonctionnelles et les ressources psychiques de l'assuré sur les plans qualitatif, quantitatif et temporel (ATF 148 V 49 consid. 6, 145 V 361 consid. 4.3 143 V 418 consid. 6). Comme le fait valoir le recourant, la nature invalidante d'une atteinte à la santé psychique doit par ailleurs être appréciée dans le cadre d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281, qui n'apparaît ici avoir été menée sérieusement ni par le Dr F._____, ni par le Dr G._____ (cf. ATF 148 V 49 s'agissant en particulier des troubles dépressifs).

5.2 En définitive, faute de se référer à un status clinique complet établi à l'occasion d'un examen personnel de l'assuré, les appréciations fournies par les médecins conseils de l'OAIE – succinctes et peu motivées – laissent subsister un doute quant au bienfondé de leurs conclusions. Cela étant, il n'est à ce stade pas possible d'établir l'état de santé de l'assuré et, par conséquent, de se prononcer sur le droit à la rente. Aussi le dossier doit-il être complété par la mise en œuvre d'une instruction visant à établir la capacité médico-théorique de l'assuré compte tenu de l'ensemble de ses atteintes. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer des appréciations documentaires de ses médecins SMR, qui se sont prononcés sans disposer de constatations cliniques circonstanciées et exhaustives. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4.). Singulièrement, pour établir les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE mettra en œuvre – dans le respect des art. 72bis RAI et 44 LPGA – une expertise pluridisciplinaire comprenant à tout le moins les volets cardiologique, psychiatrique et de médecine interne.

6.

Dans ces conditions, le recours doit être admis et la décision du 1^{er} septembre 2021 annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

7.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de

procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 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), il se justifie d'allouer au recourant, représenté par un avocat, une indemnité de dépens, fixée à Fr. 2'800.- eu égard notamment à l'importance du litige, à sa difficulté et au temps de travail consacré à la procédure.

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 1^{er} septembre 2021 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 judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS).

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

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 :