



Cour III
C-4943/2013

Arrêt du 11 juillet 2014

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
Beat Weber, David Weiss, juges,
Yann Grandjean, greffier.

Parties

X. _____,
représenté par Walter Huber, BCPA Sàrl,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 1^{er} juillet 2013).

Faits :**A.**

X._____ (ci-après: l'intéressé ou le recourant) est un ressortissant espagnol né le 19 mai 1958 et domicilié en Espagne. Il a travaillé comme serveur en Suisse de 1976 à 2006 (pces 7/7, 18/1 et 50) et, par intermittence depuis 2006, en Espagne (pce 7/2). Selon le questionnaire à l'employeur, le "Y._____" à (...), daté du 24 avril 2012, l'intéressé, engagé depuis juillet 2006, a cessé de travailler le 18 février 2010 et a quitté l'entreprise le 18 septembre 2010 (pce 18/5). Le 5 juillet 2010, l'intéressé fut victime d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte infrarénale (not. pce 2).

B.

B.a En date du 19 janvier 2012, l'intéressé a déposé une demande de prestations d'invalidité portant sur une rente par l'intermédiaire de l'organe espagnol de liaison (formulaire E204; pce 8).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE ou l'autorité inférieure) a versé au dossier notamment les pièces suivantes:

- un rapport de consultation du 25 janvier 2011 établi par la Dresse A._____, médecin de famille, diagnostiquant une asthénie (CIM-9 780.79) avec incapacité de travail, la rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale (CIM-9 441.3) et indiquant dans le contexte des examens du 21 janvier 2011 une claudication fessière à 300 mètres, une névralgie et une lombalgie (pce 1/1);
- un certificat médical du 8 mars 2011 du Dr B._____, chirurgie vasculaire, mentionnant la pose, le 5 juillet 2010, d'une endoprothèse aortique avec un pontage (bypass) fémoro-fémoral implantée en urgence suite à la rupture aiguë d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale ainsi qu'une claudication fessière à 300 mètres, l'opération ayant entraîné l'occlusion des artères hypogastriques (ce qui en général provoque une autolimitation pour 80% des patients) (pce 2; voir aussi la fiche médicale du 14 juillet 2010 du Dr C._____ [pce 3]);
- un rapport médical E213 du 26 janvier 2012 du Dr D._____ rapportant, après les antécédents de chirurgie vasculaire, que l'intéressé se plaint d'épisodes de sciatgie gauche, avec une claudication intermittente à 300 mètres et une tachycardie sans grands efforts. Le rapport note comme observation au niveau de l'appareil respiratoire des palpi-

tations et d'une dyspnée y compris occasionnellement au repos. Le rapport E213 pose le diagnostic suivant: rupture d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale (CIM-9 417.1 [Anévrisme de l'artère pulmonaire] [sic!]), status après la pose d'une endoprothèse aortique, occlusion de l'artère iliaque profonde gauche avec un pontage fémoro-fémoral et dyspnée à l'effort modéré. Il est également fait mention d'une claudication intermittente à 300 mètres. Selon le rapport, l'intéressé est tributaire de l'aide d'un tiers sur son lieu de travail pour toute activité et ne peut plus exercer à plein temps sa dernière activité en raison de son état actuel (por su estado actual); le rapport ne s'exprime pas sur la capacité d'exercer cette activité à temps partiel ou d'exercer une activité adaptée et note que l'état de santé actuel ne peut pas être amélioré (pce 6);

- un rapport d'examen par scanner abdominal avec contraste du 5 avril 2012 de la Dresse E._____, dont le résumé fait état d'un discret emphysème paraseptal et centrolobulaire, d'une stéatose hépatique, au niveau du rein gauche d'un amincissement de la corticale avec une légère dilatation urétérale proximale, de la présence d'une endoprothèse aortoiliaque pour un anévrisme sacculaire aortoiliaque, d'un pontage fémoro-fémoral et d'un hydrocèle droit (pce 13);
- un certificat médical du 10 avril 2012 du Dr F._____, médecin de famille, diagnostiquant d'autres symptômes généraux (CIM-9 780.9), liste, selon un ordre chronologique, les diagnostics suivants: abus de tabac, parodontite, hypertension artérielle, fasciite plantaire, hypercholestérolémie, abus d'alcool, reflux gastriques, rupture d'un anévrisme abdominal, asthénie, sciatique, décollement de l'humeur vitrée, problèmes de vue, claudication intermittente et tachycardie. Le document ne se prononce pas sur la capacité de travail (pce 14).

B.b Par une prise de position du 28 juin 2012, le Dr G._____, médecin du service médical de l'autorité inférieure et spécialiste FMH en médecine interne, relève que, l'assuré a travaillé comme serveur jusqu'au 5 juillet 2010, date à laquelle il a été hospitalisé en urgence à cause d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale rompu; une endoprothèse a été posée. Dans la mesure où il peut se référer aux documents produits, il y a un anévrisme qui certes est stationnaire, mais qui provoque une claudication à une distance de marche de 300 mètres. Le médecin du service médical pose ainsi les diagnostics principaux suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: maladie artérielle occlusive périphérique, claudication intermittente, status après la rupture d'un anévrisme de l'aorte sous-

rénale et la pose d'une endoprothèse vasculaire. Il signale comme diagnostics secondaires sans répercussion sur la capacité de travail un abus d'alcool et de nicotine. Le rapport évalue l'incapacité de travail à 70% dès le 5 juillet 2010 dans l'activité habituelle et à 0% dans une activité de substitution, sans préciser à partir de quelle date. Il pose les limitations fonctionnelles suivantes: activité avec des changements de position, pas de port de charges de plus de 6 kg, pas de travaux lourds et un périmètre de marche de 100 mètres. En dépit d'une opération d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale, l'intéressé a encore des problèmes circulatoires dans les extrémités inférieures. L'activité dans le service est ainsi jugée impossible. Une activité de substitution avec une limitation du périmètre de marche est en revanche exigible intégralement. Le médecin liste les professions de substitution suivantes: ouvrier non qualifié, manoeuvre dans une usine, une fabrique, dans la production en général; concierge, gardien d'immeuble ou de chantier; petites livraisons avec véhicule; la vente par correspondance par téléphone ou internet si l'assuré a les connaissances nécessaires (position assise); vendeur en général (magasin, centre d'achat, kiosque, shop); caissier et vendeur de billets (position assise) (pce 20).

B.c Par projet de décision du 27 juillet 2012, l'autorité inférieure fait savoir à l'intéressé qu'elle entend rejeter sa demande de prestations d'invalidité. Elle avance qu'il existe, dans l'exercice de la dernière activité lucrative, à cause de l'atteinte à la santé, une incapacité de travail de 70%. En revanche, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé (respectant les limitations fonctionnelles suivantes: en position alternée, pas de port de charges de plus de 6 kg et une marche limitée à 100 mètres), telle que gardien d'immeuble ou de chantier, petites livraisons avec véhicule, vente par correspondance par téléphone ou internet, vendeur en général, caissier ou vendeur de billets (position assistée) est exigible à 100%, avec une perte de gain de 4%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente (pce 22).

B.d Par opposition du 29 novembre 2012, l'intéressé, représenté par Walter Huber, titulaire du brevet fédéral en assurance privée, du CdS Centre de sinistres SA, à Puplinge, fait valoir que l'autorité inférieure a violé son devoir d'instruction et s'est ainsi fondée sur un dossier d'une "extrême pauvreté". Selon lui, l'intéressé présente, indépendamment du grave accident vasculaire de juillet 2010, diverses pathologies (cf. le rapport du 10 avril 2012; pce 14) qui le font encore souffrir et dont toutes ou certaines limitent grandement sa capacité de travail. Il affirme que le rapport du 26 janvier 2012 (rapport E213, dont il affirme que la version transmise est in-

complète; cf. pce 6) ne laisse planer aucun doute en ce qui concerne une incapacité de travail totale dans différents types d'activités professionnelles. Selon le recourant, la prise de position médicale du médecin du service médical, qui indique que l'intéressé peut effectuer tout type d'activités adaptées comportant des changements de positions avec limitation de la marche à 100 mètres, ne permet pas de distinguer les éléments concrets sur lesquels il se base et ne présente pas la moindre valeur probante au regard des critères jurisprudentiels applicables. L'intéressé relève que l'évaluation des troubles psychiques qu'il présente nécessite une expertise médicale psychiatrique. Pour autant que l'état de santé de l'intéressé soit stabilisé, ce qui, selon lui, est loin d'être acquis, une expertise pluridisciplinaire (comprenant au moins un volet cardiologique et psychiatrique) rendrait possible de statuer sur son droit à d'éventuelles prestations d'invalidité. Il réserve ses remarques quant à l'évaluation de l'invalidité, prématurées à ce stade de la procédure (pce 28).

L'intéressé produit un certificat médical du 14 septembre 2012 du Dr H._____, médecin psychiatre, établi après la première visite de l'intéressé auprès du praticien. Dans le cadre d'un rappel des antécédents, le certificat souligne que l'intéressé n'en a pas au niveau psychiatrique. Il rapporte des limitations de la mobilité et de la sensibilité dans les extrémités dues à l'opération en urgence de l'aorte rompue constituant un handicap important pour la vie quotidienne de l'intéressé (soins personnels et de la maison) et l'empêchant d'exercer son travail habituel. Tant ces limitations physiques que les conséquences du problème médical au niveau personnel et financier ont conduit l'intéressé, pendant des mois et progressivement, à une baisse de l'humeur, un manque d'intérêt pour son entourage, une diminution de la capacité de ressentir des émotions positives, un abandon d'activités, une insomnie, une inquiétude intérieure et une perte d'appétit. Le certificat rapporte que, pour cette raison, le médecin de famille de l'intéressé lui a prescrit de la benzodiazépine qui a un effet modéré sur l'anxiété et aucun effet sur le reste des symptômes; par la suite, un antidépresseur (mitrazapine) lui est prescrit. Le médecin conclut que l'intéressé présente des symptômes compatibles avec un trouble dépressif majeur (pce 29).

B.e Par une prise de position médicale du 18 décembre 2012, le Dr G._____, médecin du service médical de l'autorité inférieure et spécialiste FMH en médecin interne avance que le certificat du 14 septembre 2012 (cf. pce 29) rapporte une symptomatologie dépressive depuis une durée inconnue, suite à une première consultation consécutive au projet de décision, compatible avec un syndrome dépressif sévère. Il relève que

le diagnostic n'est décrit que comme une possibilité, ce qui est compréhensible étant donné qu'il s'agissait de la première consultation de ce psychiatre et sans connaître l'évolution ni les effets de la thérapie antidépressive. Il relève que c'est le premier signalement au dossier d'une symptomatologie psychiatrique et d'un traitement y relatif. La prise de position relève que l'on ne peut ainsi pas retenir une maladie de longue durée en tout état de cause et que la situation devrait être réévaluée en septembre 2013, soit un an après le diagnostic. La prise de position se conclut par une confirmation d'un point de vue médical des conclusions de celle du 28 juin 2012 (pce 31).

Appelé par l'autorité inférieure à préciser s'il pouvait constater un changement dans les incapacités de travail de l'intéressé dans son ancienne activité et dans des activités de substitution par rapport à sa première prise de position (pce 32), le Dr G. _____ a, le 1^{er} février 2013, précisé que sa prise de position était toujours valable, tout en renvoyant le dossier pour approfondissement de la question du début du délai d'attente d'un an (pce 33).

B.f Le 26 mars 2013, l'intéressé, par l'intermédiaire de son représentant, produit un rapport de consultation du 25 mars 2013 du Dr F. _____, médecin de famille, dont il ressort la liste de diagnostics suivants: tachycardie, hypertension artérielle essentielle, abus d'alcool, réaction d'adaptation non spécifiée, artériosclérose des extrémités avec claudication intermittente, cholestérolémie, abus de tabac, pyrosis, anévrisme abdominal rompu, hypertriglycéridémie, anxiété, anomalie abdominale, anémie, sciatique, décollement de l'humeur vitrée, fasciite plantaire, vertiges et problèmes de vue (pce 37). Le document ne se prononce pas sur la capacité de travail et ne contient aucun résultat d'un examen. L'intéressé produit également des documents faisant état de la perception d'une rente espagnole pour incapacité permanente totale (pces 36/1 et 36/2).

B.g Par prise de position du 16 avril 2013, le Dr I. _____, médecin du service médical de l'autorité inférieure et spécialiste FMH en psychiatrie, indique que le rapport du 14 septembre 2012 (cf. pce 29) est le seul document psychiatrique au dossier et a été réalisé à la demande du requérant lors de la première prise de contact avec le psychiatre consulté. Le médecin psychiatre du service médical rapporte que, selon le Dr H. _____, l'intéressé présente depuis quelques mois et de manière progressive une thymie abaissée en relation avec des problèmes médicaux, personnels et financiers. Le Dr H. _____ met en évidence un désintérêt pour l'entourage, une anhédonie, une insomnie, une inappétence et une

inquiétude interne. Le médecin de famille avait prescrit du diazépam (Valium®) qui a eu un bon effet sur l'anxiété, mais moins sur le reste des symptômes, raison pour laquelle un traitement antidépresseur par la mirtazapine a été entrepris. Le médecin psychiatre du service médical relève que, comme mentionné de la prise de position du Dr G._____ (cf. pce 29), le dossier ne contient aucun document psychiatrique antérieur à celui du 14 septembre 2012 et que l'intéressé n'a donc jamais fait l'objet d'un traitement psychiatrique antérieur. Il estime que l'intéressé a développé une symptomatologie anxio-dépressive (qui a partiellement répondu au traitement) dans les semaines qui ont suivi la communication du projet de décision tendant au refus de sa demande de prestations d'invalidité. Il s'agit selon lui très clairement d'une réaction mixte, anxieuse et dépressive, qui ne conduit pas à une incapacité de travail de longue durée. Le médecin psychiatre du service médical relève que le Dr H._____ ne pose pas de diagnostic au sens du CIM-10, mais formule son appréciation de manière prudente en parlant d'une symptomatologie dépressive "compatible" avec un trouble dépressif majeur. Quant à la capacité de travail, le médecin psychiatre du service médical l'estime, d'un point de vue psychiatrique, totale dans l'activité antérieure et dans une activité de substitution (pce 40).

B.h Le 3 juin 2013, l'intéressé, par l'intermédiaire de son représentant, fait connaître ses observations suite aux prises de position des médecins du service médical. A propos de la prise de position du Dr I._____, selon le recourant, il paraîtrait très étonnant qu'une personne souffrant d'un trouble dépressif majeur ne présente aucune incapacité de travail, même temporaire, notamment sous l'angle d'une éventuelle rente limitée dans le temps. Selon le recourant, n'avoir consulté ce psychiatre en date du 14 septembre 2012 ne signifie pas encore qu'il ne souffrait pas psychiquement avant cette date. Il estime inacceptable de réduire la symptomatologie psychique à une réaction au projet de décision, ce d'autant plus que le médecin du service médical n'a pas examiné l'intéressé. Le recourant conteste l'aptitude du Dr G._____ à évaluer les aspects non somatiques de l'état de santé du recourant, ce médecin étant spécialiste FMH en médecine interne. L'intéressé rappelle sa demande d'expertise pluridisciplinaire et suggère de solliciter l'avis médical des différents médecins espagnols impliqués ou de demander une copie du dossier de l'organe espagnol de sécurité sociale. Il ne produit aucune pièce nouvelle (pce 44).

B.i Par une prise de position du 19 juin 2013, le Dr I._____, médecin du service médical de l'autorité inférieure et spécialiste FMH en psychia-

trie, relève que le recourant ne produit aucun nouveau document médical. Il confirme sa prise de position du 16 avril 2013 (cf. pce 40) selon laquelle l'intéressé n'a, à aucun moment, été suivi pour un trouble psychique. Il réitère son appréciation de symptomatologie réactionnelle, qui n'a pas de valeur de maladie, développée suite au projet de rejet de sa demande. Selon le médecin psychiatre du service médical, la situation est claire et il n'y a pas de motif pour mettre sur pied une expertise. Il confirme sa prise de position du 16 avril 2013 (pce 46).

C.

Par décision du 1^{er} juillet 2013, l'autorité inférieure rejette la demande de prestations d'invalidité (pce 47). Elle reprend la motivation du projet de décision du 27 juillet 2012 (pce 22; let. B.d) qu'elle complète par l'avis du médecin du service médical selon lequel, du point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail dans l'activité antérieure et dans une activité de substitution. Selon le médecin du service médical, la symptomatologie anxio-dépressive, qui avait déjà partiellement répondu au traitement, était clairement une réaction mixte, anxieuse et dépressive, qui ne conduisait pas à une incapacité de travail de longue durée. La décision précise que le service médical n'a pas jugé utile de donner suite à la requête d'expertise en Suisse (voir courrier du recourant du 19 avril 2013 [pce 41]), celui-ci ayant à disposition les documents nécessaires pour prendre position.

D.

Par acte du 3 septembre 2013, l'intéressé, par l'intermédiaire de Walter Huber du BCPA Sàrl, à Puplinge, dépose un recours devant le Tribunal de céans contre la décision du 1^{er} juillet 2013. Il conclut principalement à l'admission de son recours, à l'annulation de la décision attaquée et à ce que l'instruction du dossier soit complétée par la mise sur pied d'une expertise judiciaire ou par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure, sous suite de frais et dépens; subsidiairement, il conclut, outre à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens. A l'appui de son recours, l'intéressé critique l'instruction de son dossier telle qu'elle a été menée par l'autorité inférieure (p. 4 ss). Selon le recourant, pour déterminer le droit à la rente, l'autorité inférieure n'a recueilli que quelques documents et les a soumis à un médecin du service médical, spécialiste en médecin interne générale. Sa prise de position (du 20 juin 2012 ; cf. pce 20) ne contiendrait finalement qu'assez peu d'informations et ne remplirait pas les critères jurisprudentiels quant à la pleine valeur probante des pièces médicales; en particulier, la prise de position ne comprendrait pas

d'anamnèse du cas, ne se fonderait pas sur des examens complets (compte tenu du peu de pièces au dossier), ne présenterait pas d'étude circonstanciée des points litigieux (notamment quant à la capacité de travail) et ne contiendrait pas de conclusions motivées. Le recourant critique le fait qu'en dépit de ses nombreuses pathologies médicales, l'autorité inférieure n'ait pas mis sur pied une expertise pluridisciplinaire qu'il juge indispensable. Selon le recourant, les considérations du Dr G._____ n'apportent aucun éclairage supplémentaire sur l'existence présumée, selon lui, d'une capacité de travail suffisante pour exclure une rente d'invalidité. Il critique le fait que le Dr I._____ ne se soit prononcé que sur le plan psychiatrique et la valeur probante de sa prise de position en l'absence d'une expertise psychiatrique nécessaire. Il réitère ses critiques quant à l'absence d'expertise pluridisciplinaire qui devrait être ordonnée dès que des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (pce TAF 1).

Le recourant produit, à l'appui de son recours, outre des pièces figurant déjà au dossier, la documentation médicale suivante:

- un certificat médical du 23 janvier 2012 du Dr B._____, chirurgie vasculaire, qui mentionne l'opération subie en juillet 2010, précise que le recourant présente une claudication fessière à droite. Ce certificat précise que le pronostic est bon et qu'il y a une limitation fonctionnelle dans l'activité professionnelle (pce 10 du bordereau de recours);
- un certificat médical du 29 septembre 2012 du Dr C._____, chirurgie vasculaire, indiquant le recourant présente une claudication fessière droite consécutive à son opération (pce 26 du bordereau de recours);
- un rapport d'analyse en laboratoire du 23 octobre 2012 qui ne contient aucun diagnostic (pce 27 du bordereau de recours).

E.

Par réponse du 29 octobre 2013, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de sa réponse, elle réitère sa motivation antérieure qu'elle complète par une prise de position médicale du 11 octobre 2013 du Dr G._____ (pce 49) qui relève que les trois nouvelles pièces figurant au dossier (cf. pces 10, 26 et 27 du bordereau de recours) confirment des pathologies, en lien avec l'anévrisme de l'aorte et les troubles de la circulation sanguine, connues et évaluées dans les prises de position précédentes. Les analyses san-

guines font état de modifications typiques et compatibles, explicables par l'abus d'alcool, pathologie aussi déjà connue; ces résultats n'ont par ailleurs aucune conséquence sur la capacité de travail du recourant. Au final, les trois nouveaux documents produits, datant de 2012, ne comportent aucun élément médical nouveau ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Il n'y a également aucune indication quant à une maladie psychiatrique préexistante. Les prises de positions médicales précédentes sont ainsi confirmées (pce TAF 5).

F.

Par réplique du 9 décembre 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son représentant, maintient ses conclusions. Il critique, d'une part, le comportement de l'autorité inférieure qui se comporterait comme si le recourant devait apporter la preuve de son dommage et, d'autre part, la valeur probante qu'il juge clairement insuffisante de la prise de position médicale du 11 octobre 2013 du Dr G._____ (cf. pce 49) (pce TAF 9).

G.

Invité à payer une avance de frais de procédure de 400 francs par une décision incidente du 13 décembre 2013, le recourant s'en acquitte le 30 décembre 2013 (pces TAF 10 et 12).

H.

Par duplique du 23 janvier 2014, l'autorité inférieure maintient ses conclusions et souligne que le recourant n'a fourni aucun nouvel élément permettant une reconsidération de sa position (pce TAF 14).

I.

Par ordonnance du 5 février 2014, le Tribunal de céans signale que l'échange d'écriture est clos, d'autres mesures d'instruction étant réservées (pce TAF 15).

Les arguments des parties seront repris autant que de besoin dans la partie en droit.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fé-

déral (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 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose 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 loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de 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. 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), et l'avance de frais de procédure requise ayant été payée, le recours est recevable.

2.

La question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 1^{er} juillet 2013 par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'intéressé.

3.

Le recourant est un ressortissant espagnol domicilié en Espagne, Etat membre de l'Union européenne.

3.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

3.2 Au niveau du droit international, 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables en l'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

3.3 Il sied de souligner que 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). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

3.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent application en l'espèce.

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; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);

- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n°883/2004).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans (pces 7/7 et 50). Il remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, 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.

5.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'Union européenne et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement [CE] n° 883/04).

5.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des me-

sures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

5.4 En dérogation à l'art. 24 LPGGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

5.5 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

6.

Le recourant a travaillé de nombreuses années comme serveur dans le secteur de la restauration (pce 7/7). Selon le questionnaire à l'employeur, l'intéressé a cessé de travailler le 18 février 2010 (pce 18/5). Le 5 juillet 2010, l'intéressé fut victime d'une rupture aiguë d'un anévrisme de l'aorte abdominale (not. pce 2).

6.1 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 l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré.

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

7.

7.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2 Le juge des assurances 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 citées).

7.3 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 du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.6; ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.

Il convient de confronter les positions des parties quant à l'état de santé du recourant et à ses répercussions sur sa capacité de travail.

8.1 Selon les médecins du service médical et, avec eux, l'autorité inférieure, le recourant présente les diagnostics principaux suivants: maladie artérielle occlusive périphérique, claudication intermittente, status après la rupture d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale et la pose d'une endoprothèse vasculaire, ainsi que les diagnostics secondaires, sans répercussion sur la capacité de travail, d'abus d'alcool et de nicotine. Ces médecins évaluent l'incapacité de travail à 70% dès le 5 juillet 2010 dans l'acti-

tivité habituelle et à 0% dans une activité de substitution, sans indiquer à partir de quelle date, et pose pour cette dernière les limitations fonctionnelles suivantes: activité avec des changements de position, pas de port de charges de plus de 6 kg, pas de travaux lourds et un périmètre de marche de 100 mètres (décision du 1^{er} juillet 2013 [pce 47]; prise de position du 28 juin 2012 du Dr G._____, médecin du service médical et spécialiste FMH en médecine interne [pce 20]).

D'un point de vue psychiatrique et selon le médecin psychiatre du service médical, le Dr I._____, confirmant en substance l'avis du premier médecin interne, le recourant, sur la base du dossier médical à disposition, présente une réaction mixte, anxieuse et dépressive, qui ne conduit pas à une incapacité de travail de longue durée, ainsi qu'une capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique, totale dans l'activité antérieure et dans une activité de substitution. Selon ce médecin psychiatre, le dossier ne contient aucun document psychiatrique antérieur au rapport du Dr H._____, psychiatre, du 14 septembre 2012 (cf. pce 29). L'intéressé n'a donc jamais fait l'objet d'un traitement psychiatrique antérieur, il a développé une symptomatologie anxio-dépressive dans les semaines qui ont suivi la communication du projet de décision tendant au refus de sa demande de prestations d'invalidité et le Dr H._____ ne pose pas de diagnostic au sens du CIM-10, mais formule son appréciation de manière prudente en parlant de symptomatologie dépressive compatible avec un trouble dépressif majeur (prises de position médicale du 16 avril et du 19 juin 2013 du Dr I._____ [pces 40 et 46], et du 18 décembre 2012 du Dr G._____ [pce 31]).

En procédure de recours, l'autorité inférieure produit une prise de position médicale du 11 octobre 2013 du Dr G._____ (pce 49). Selon ce médecin, les nouveaux documents produits, datant de 2012, ne comportent aucun élément médical nouveau ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Il n'y a également aucune indication quant à une maladie psychiatrique préexistante. Les analyses sanguines font état de modifications typiques, compatibles et explicables par l'abus d'alcool, pathologie aussi déjà connue et sans répercussion sur la capacité de travail (pces 49 et TAF 5).

8.2 Selon le recourant, l'instruction de son dossier par l'autorité inférieure est clairement insuffisante dès lors que, pour déterminer le droit à la rente, celle-ci n'aurait recueilli que quelques documents. La prise de position du 20 juin 2012 du médecin du service médical, le Dr G._____ (pce 20), ne contiendrait qu'assez peu d'informations et ne remplirait pas les

critères jurisprudentiels quant à la pleine valeur probante des pièces médicales. Le recourant critique le fait qu'en dépit des nombreuses pathologies médicales qu'il présente, l'autorité inférieure n'a pas mis sur pied une expertise pluridisciplinaire qu'il juge indispensable.

Sur le plan psychiatrique en particulier, le recourant a fait valoir durant la procédure d'audition qu'il lui paraissait très étonnant qu'une personne souffrant d'un trouble dépressif majeur (cf. pce 29) ne présente aucune incapacité de travail, même temporaire (observations du 3 juin 2013; pce 44). En procédure de recours, il fait encore valoir qu'une expertise psychiatrique aurait été nécessaire (pce TAF 1).

8.3 Le Tribunal de céans relève que le recourant semble présenter des pathologies cardio-vasculaires et respiratoires, une dépendance à l'alcool et des problèmes psychiatriques.

8.3.1 D'un point de vue cardio-vasculaire et respiratoire, outre la rupture d'un anévrisme de l'aorte sous-rénale et la pose d'une endoprothèse aortique, le rapport médical E213 du 26 janvier 2012 du Dr D._____ (pce 6) fait état de palpitations et de dyspnée y compris occasionnellement au repos et mentionne que le recourant se plaint de tachycardie y compris sans grands efforts. Ce diagnostic de tachycardie est également présent dans les deux certificats du médecin de famille du recourant, le Dr F._____. Le certificat du 10 avril 2012 en fait état d'un diagnostic de tachycardie posé le 9 novembre 2011 (pce 14) et le rapport de consultation du 25 mars 2013 présente ce diagnostic comme principal et mentionne également une hypertension artérielle (pce 37). Par contre, le rapport cardiologique demandé par le Dr F._____ dans le contexte de l'investigation sur la tachycardie (cf. pce 16) ne figure pas aux actes. Le rapport d'examen par scanner abdominal du 5 avril 2012 de la Dresse E._____ fait, quant à lui, état d'un discret emphysème paraseptal et centrolobulaire (pce 13) alors que le tabagisme est confirmé dans les certificats du médecin de famille cités plus haut (pces 14 et 37).

Sur le plan vasculaire, le diagnostic de maladie occlusive des artères périphériques est présenté comme consécutif à l'opération mentionnée ci-dessus (certificat médical du 8 mars 2011 du Dr B._____, chirurgie vasculaire [pce 3; voir aussi pces 10 et 26 du bordereau de recours]). Ce diagnostic figure aussi dans le rapport médical E213 du 26 janvier 2012 du Dr D._____ (pce 6) qui parle d'occlusion de l'artère iliaque profonde gauche; il est repris dans la prise de position du 28 juin 2012 du Dr G._____, médecin du service médical, qui mentionne qu'il y a des pro-

blèmes circulatoires dans les extrémités inférieures (pce 20; voir également pce 49). Cette atteinte vasculaire semble être à l'origine de la claudication du recourant (pce 20) encore que le recourant, dans ses plaintes, lie sa boiterie à une sciatalgie alléguée par lui (dans le rapport médical E213 du 26 janvier 2012 du Dr D. _____ [pce 6]) et confirmée sans autre précision par son médecin de famille, le Dr F. _____ (pces 14 et 37).

Le Tribunal de céans constate que les médecins du service médical ne se sont pas prononcés sur les problèmes cardiaques (tachycardie éventuellement même sans grands efforts, palpitations occasionnellement au repos) et respiratoires (dyspnée également occasionnellement au repos, discret emphysème). Ils ont retenu que le diagnostic de tabagisme n'avait pas de répercussions sur la capacité de travail (pce 20), alors que les problèmes respiratoires causés par la consommation de tabac sont susceptibles d'en avoir. Ils n'ont analysé que les problèmes vasculaires périphériques et ont conclu que l'occlusion des artères périphériques causait une claudication intermittente qui limitait la capacité de travail résiduelle du recourant (pce 20). Dès lors, le Tribunal de céans constate que les prises de position des médecins sont lacunaires sur le plan cardiologique et respiratoire, alors que les constats médicaux à ce niveau pourraient avoir des répercussions sur la capacité de travail du recourant, et que l'autorité inférieure ne pouvait ainsi pas se fonder sur elles sans investigations supplémentaires pour prendre sa décision.

8.3.2 D'un point de vue psychiatrique, selon la prise de position du 16 avril 2013 du Dr I. _____, médecin du service médical et spécialiste FMH en psychiatrie (pce 40; voir aussi pce 46), le dossier ne contient aucun document psychiatrique antérieur au certificat médical du 14 septembre 2012 du Dr H. _____, médecin psychiatre. Il est vrai que le rapport médical E213 du 26 janvier 2012 du Dr D. _____ (pce 6) ne mentionne ni traitement ni suivi psychiatrique. Cependant, la fiche d'information établie suite à une consultation le 25 janvier 2011 par la Dresse A. _____ diagnostiquait une asthénie (CIM-9 780.79), également relevée, au 21 septembre 2010, par le médecin de famille (dans son rapport du 10 avril 2012; pce 14). Certes, ces documents sont brefs et anciens et ne mentionnent aucun traitement. Cependant, ils remettent en question la prise de position du médecin psychiatre du service médical. En effet, ce médecin a invoqué en particulier la nouveauté des symptômes psychiatriques pour écarter le diagnostic de syndrome dépressif majeur et d'éventuelles répercussions sur la capacité de travail du recourant. Or il s'avère qu'il y avait, dans les antécédents du recourant, au moins un diagnostic pouvant comprendre une dimension psychiatrique.

De plus, selon le médecin du service médical, la symptomatologie dépressive serait réactionnelle et se serait développée dans les semaines précédant le rapport du 14 septembre 2012 du Dr H._____ (pce 29), c'est-à-dire durant la période suivant la communication (fin juillet 2012) du projet de décision tendant au rejet de la demande de prestations. Cependant, le certificat du 14 septembre 2012, certes peu détaillé, rapporte que la symptomatologie dépressive s'est développée durant les mois précédents, ce qui peut également correspondre à une période antérieure à la communication du projet de décision (c'est-à-dire avant la fin juillet 2012). De même, l'emploi du terme "progressivement" par le psychiatre consulté n'évoque pas une réaction à un événement ponctuel, mais bien une évolution graduelle, contrairement à ce que retient la prise de position du 16 avril 2013 du Dr I._____ (pce 40).

Par ailleurs, le Dr H._____ parle d'un diagnostic "compatible" avec un syndrome dépressif majeur. Contrairement au médecin psychiatre du service médical (pce 40), le Tribunal de céans estime, même s'il faut tenir compte de la tendance des médecins traitant à prendre en cas de doute le parti de leur patient (cf. consid. 7.3), que cette prudence ne dit rien quant à la valeur probante de la pièce; elle pourrait tout aussi bien tendre à renforcer sa valeur probante si l'on estimait que le psychiatre avait pris soin de rapporter l'état de santé du recourant tel qu'il pouvait le connaître après une seule consultation. Selon le CIM-10, les symptômes indiqués par le Dr H._____ dans son rapport du 14 septembre 2012 (cf. let. B.d) pourraient parler en faveur d'un épisode dépressif moyen à sévère (CIM-10 32.1/32.1).

Enfin, le rapport du 14 septembre 2012 du Dr H._____ (pce 29) date de plus de huit mois avant la décision attaquée. D'une part, l'écoulement du temps est susceptible d'avoir un effet positif ou négatif sur un éventuel syndrome dépressif moyen à sévère. D'autre part, une médication anti-dépressive avait été initiée au moment du certificat en question. Or, à défaut d'actualisation du dossier, on en ignore à ce jour les éventuels effets, éventuellement inexistant.

En définitive, le Tribunal de céans retient que la situation médicale, également d'un point de vue psychiatrique, est peu claire, que la prise de position du médecin psychiatre du service médical n'emporte pas la conviction selon les considérants et que l'autorité inférieure aurait dû prendre des mesures d'instruction supplémentaires sur ce plan avant de rendre sa décision.

8.3.3 S'agissant du problème d'alcoolisme, il est mentionné dans le rapport médical E213 du 26 janvier 2012 du Dr D. _____ (pce 6) et dans les certificats établis par le médecin de famille du recourant, le Dr F. _____, des 10 avril 2012 et 25 mars 2013 (pces 14 et 37). De plus, une stéatose hépatique, possiblement consécutive à l'abus d'alcool, a été diagnostiquée dans le rapport d'examen par scanner abdominal du 5 avril 2012 de la Dresse E. _____ (pce 13). De même, la prise de position du 11 octobre 2013 du médecin du service médical signale, dans les examens de laboratoire du 23 octobre 2012, produits par le recourant en procédure de recours, des résultats explicables par l'abus d'alcool (pce 27 du bordereau de recours et pce 49).

Le Tribunal de céans relève à ce sujet que la question des effets somatiques de l'abus d'alcool n'a pas été analysée par les médecins du service médical ni celle de l'abus d'alcool sous l'angle d'une éventuelle comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance. Le dossier est à ce titre doublement lacunaire. D'une part, il est peu clair du point de vue psychiatrique (cf. consid. 8.3.2); d'autre part, l'absence d'une anamnèse alcoolique est problématique, car l'historique de la consommation d'alcool, éventuellement depuis l'adolescence, constitue un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêts du Tribunal fédéral 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

Quoi qu'il en soit, devant la situation médicale peu claire, le Tribunal de céans retient que l'autorité inférieure aurait dû compléter son instruction de manière à pouvoir faire une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance à l'alcool, ce qui implique de tenir compte de l'éventuelle interaction entre la dépendance et la comorbidité psychiatrique et les effets somatiques, conformément aux exigences de la jurisprudence (arrêts du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3, 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2, 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; sur l'ensemble de la question, arrêt I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités), ce qui nécessite une investigation médicale interdisciplinaire avec un volet psychiatrique (arrêts du Tribunal fédéral 9C_370/2013 du 22 novembre 2013 consid. 4.2.1 et les références citées, 8C_168/2008 du 11 août 2008 consid. 6.2.2 et 8C_189/2008 du 4 juillet 2008 consid. 5 et les références citées).

8.4 Cela étant, il appert que la décision attaquée repose sur une instruction tout à fait insuffisante qui ne permet pas au Tribunal de céans de se prononcer sur l'état de santé et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail du recourant au moment de la décision attaquée avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. En effet, conformément à la jurisprudence claire et constante en la matière (cf. consid. 7.2) et vu notamment l'absence d'examen des problèmes cardiaques et respiratoires du recourant (tachycardie, palpitations, dyspnée) et de leurs répercussions sur la capacité de travail, l'investigation incomplète de la symptomatologie psychiatrique, la question laissée ouverte de la comorbidité psychiatrique et des conséquences somatiques en lien avec la dépendance à l'alcool, l'autorité inférieure ne pouvait pas statuer sur la base du dossier lacunaire, imprécis et incomplet sans passer par un nouvel examen (art. 43 al. 1 LPGA et 54 à 56 LAI en lien avec l'art. 57 al. 1 let. c à g LAI; arrêts du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3, 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; VALTERIO, n° 2920). En l'espèce, l'autorité inférieure devait procéder à une instruction complémentaire pour clarifier les plaintes du recourant et pour établir son état de santé physique et psychique ainsi que sa capacité de travail. En rendant une décision en l'état, elle a violé le principe inquisitoire. Il se justifie dans de telles circonstances, vu l'importance des lacunes constatées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à un complément d'instruction en application de l'art. 61 al. 1 PA afin de tirer des conclusions valables quant à la capacité de travail résiduelle du recourant, étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210.

Dans le cadre du complément d'instruction, l'autorité inférieure mettra sur pied une expertise pluridisciplinaire comprenant au moins un volet médecine interne, un volet cardiologique et un volet psychiatrique, avec, le cas échéant, le concours de spécialistes de la réintégration professionnelle. Le cas échéant, l'autorité inférieure veillera également à procéder à toutes les autres mesures utiles et nécessaires pour déterminer valablement la capacité résiduelle de travail du recourant. Le dossier ainsi complété sera ensuite soumis au service médical de l'autorité inférieure pour prise de position. Sur cette base, l'autorité inférieure rendra une nouvelle décision.

9.

9.1 Le requérant ayant eu gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400 francs payée par le requérant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

9.2 Le requérant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens fixée à 1000 francs (sans TVA) en raison de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle a nécessité et du temps que le mandataire y a consacré (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF; ATF 132 V 215 consid. 6.2).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 1^{er} juillet 2013 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt par la caisse du Tribunal.

3.

Il est octroyé une indemnité de dépens de 1000 francs au recourant à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Yann Grandjean

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :