



Cour III
C-4985/2009

Arrêt du 21 juin 2011

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),
Vito Valenti, Francesco Parrino, juges,
Valérie Humbert, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par SYNDICAT ADETRA,
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

décision du 9 juillet 2009.

Faits :**A.**

A.a A. _____ est un ressortissant espagnol, né le (...) et divorcé (pce 1). Au bénéfice d'un baccalauréat et de deux années d'université, il a travaillé en Suisse de mars 1979 à mars 1992, notamment en qualité d'agent d'assurance au service de plusieurs entreprises (pces 4 et 11). De retour en Espagne à une date ne ressortant pas du dossier, il a exercé la profession d'agent d'assurance indépendant du 2 février 2001 au 31 août 2006 (pces 11 et 16).

A.b Le 2 décembre 2008, A. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) suisse par l'entremise de l'institution nationale de sécurité sociale espagnole (INSS) qui l'a transmise le 16 février 2009 à l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pces 1 à 5). En cours d'instruction, ont été principalement versés en cause:

- le questionnaire à l'assuré et le questionnaire à l'employeur du 28 avril 2009 – tous les deux remplis pas l'assuré – desquels il ressort que l'assuré a cessé de travailler depuis septembre 2006 et qui précise qu'en qualité d'agent s'assurances indépendant, il n'avait pas d'horaire et que son revenu était "imprévisible" (pce 11),
- un certificat de retenues fiscales pour les personnes physiques concernant l'année 2008 (annexe pce 12),
- un document daté du 21 avril 2009 émanant de santalucia Seguros dont il n'apparaît pas clairement s'il s'agissait d'un employeur de l'assuré (annexe pce 12),
- un rapport attestant de l'hospitalisation de l'assuré du 24 novembre au 28 décembre 2007, au service de neurologie de l'hôpital de Valence, pour un accident ischémique transitoire vertébro-basilaire et diagnostiquant également un syndrome de sevrage alcoolique grave, une pneumonie basale droite et une affection radiculaire L5 (pce 13),
- un électrodiagnostic du 30 octobre 2008 établi par le Dr B. _____ qui conclut à une neuropathie du nerf sciatique commun au niveau du creux poplité (pce 14),

– l'expertise E213 établie le 14 janvier 2009 par la Dresse C._____ de l'INSS laquelle diagnostique des séquelles d'un accident ischémique transitoire vertébro-basilaire et une neuropathie du nerf sciatique commun. Ce médecin estime que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité mais un travail adapté, sédentaire, à temps complet (pce 15),

A.c Cette documentation a été soumise à l'appréciation de la Dresse D._____, médecin su service de l'OAIE, qui retient dans sa détermination du 2 juin 2009 le diagnostic principal de neuropathie du nerf péronier commun gauche (pied ballant, atrophie musculaire, hyperalgésie), status après une attaque ischémique transitoire (TIA) vertébro-basilaire, status après abus d'alcool chronique. Comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, elle note un abus de nicotine, un status après pneumonie basale droite ainsi qu'un status après pancréatite en 2005 (non documentée). Selon la Dresse D._____, les troubles neurologiques (TIA) sont complètement résorbés, la paralysie du nerf péronier commun n'étant pas une conséquence de la TIA. Il subsiste la symptomatologie du pied ballant avec hypersensibilité de la peau pour laquelle l'assuré doit porter une orthèse. Elle relève que selon l'expertise E 213 l'assuré ne boit plus. En définitive, elle estime qu'il n'existe aucune incapacité de travail et que l'assuré peut reprendre son ancienne activité d'agent d'assurance indépendant (pce 17).

B.

B.a Par projet de décision du 5 juin 2009, l'OAIE a communiqué à A._____ son intention de rejeter sa demande de rente au motif qu'il ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi et qu'une activité lucrative était toujours exigible (pce 18).

B.b En procédure d'audition, A._____ manifeste le 2 juillet 2009 par voie de télécopie son désaccord avec le projet soumis, se prévalant essentiellement de ses problèmes de santé qui l'entravent considérablement dans sa vie quotidienne car il doit notamment se déplacer avec une béquille à droite et qu'il n'a aucun équilibre à gauche. Il explique que son ancienne activité requiert un effort physique qu'il n'est plus en mesure de fournir, comme se déplacer à pied ou en voiture pour démarcher et rencontrer les clients. Il se met également à disposition pour passer une autre expertise médicale.

B.c Par décision du 9 juillet 2009, l'OAIE, refusant de diligenter des nouveaux examens médicaux, a rejeté la demande de rente invalidité au motif que la prise de position de l'assuré du 2 juillet 2009 n'était pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision du 5 juin 2009 (pce 21).

C.

C.a Par acte du 3 août 2009, A. _____ interjette recours par devant le Tribunal administratif fédéral (TAF) à l'encontre de cette décision dont il demande la rectification, soit implicitement l'annulation et l'octroi d'une rente. A l'appui de ses conclusions, il se réfère à la décision espagnole du 29 juillet 2009 qui lui reconnaît un handicap de 70% (Grado total de Minusvalia de 70%, categoria Fisica).

C.b Dans sa réponse du 1^{er} octobre 2009, l'autorité inférieure rappelle les dispositions topiques applicables au cas d'espèce, en particulier celles qui disposent que les prestations suisses sont déterminées par le droit suisse et que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne lient en aucun cas les organes de l'AI suisse. Pour le surplus, elle propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

C.c Par ordonnance du 8 octobre 2009, le TAF invite le recourant à répliquer et à s'acquitter d'une avance sur les frais de justice présumés, laquelle fut versée dans le délai imparti. S'agissant de sa réplique, il a agi en deux temps, tout d'abord par courrier du 16 octobre 2009, puis en mandatant un organisme, le syndicat ADETRA, lequel se prévaut essentiellement d'une violation du droit communautaire au motif que l'autorité inférieure n'a pas respecté la décision espagnole.

C.d Par duplique du 1^{er} décembre 2009, l'autorité inférieure maintient sa position et s'en tient à ses conclusions antérieures.

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE)

concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

1.2. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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. Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2^e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ /

ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1. 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 1er 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.

3.2. 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.

3.3. Il sied à ce propos de signaler que depuis le 1^{er} mai 2010, les règlements 1408/71 et 574/72 sont remplacés dans les 27 Etats membres de l'UE par le Règlement (CEE) n°883/2004 du Parlement et du Conseil du 29 avril 2004 (JO L 200 du 7 juin 2004) et son Règlement d'application n° 987/2009 (JO L 284 du 30 octobre 2009). Toutefois ces

nouveaux règlements ne sont pour l'instant pas encore applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE. Pour ce faire une actualisation de l'annexe II de l'ALCP est nécessaire (cf. circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

3.4. 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 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

3.5. Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon la jurisprudence, le juge n'a 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 1 consid. 1.2; ATF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1). La décision entreprise ayant été rendue le 9 juillet 2009, le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction et des modifications de la LAI consécutives à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2008, de la 5e révision de cette loi (RO 2007 p. 5147).

Cela étant, la 5e révision de la LAI, n'a pas modifié la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité.

4.

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 et 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI),
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins trois années au total - dont au moins une en Suisse - auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement [CEE] 1408/71).

En l'occurrence, le recourant remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressé pouvait être qualifié d'invalide au sens de la LAI.

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 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. 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 peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de 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.

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%, à trois-quarts de rente s'il est

invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

6.

6.1. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss) et au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre b signifie que l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1er janvier 2008; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

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 médecins 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. 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 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 (méthode générale). En vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, en dérogation à l'art. 16 LPGA, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. L'invalidité dans ces travaux doit être évaluée par comparaison des activités (art. 27 RAI ; méthode spécifique) et est déterminée, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

7.2. Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut de l'assuré qui soit exerce une activité lucrative à temps complet, soit exerce une activité lucrative à temps partiel, soit n'a aucune activité. Le classement de l'assuré dans l'un ou l'autre de ces statuts dépendra de ce qu'il aurait fait s'il n'y avait pas eu une atteinte à la santé *ceteris paribus sic stantibus*. Pour ce faire, il convient de prendre en considération l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision entreprise, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF, 129 V 150 consid 2.1 et les références citées).

7.3. Lorsque l'assuré ne doit pas être considéré comme une personne exerçant une activité à temps plein (méthode générale), il convient encore de déterminer la part consacrée aux travaux habituels dans le ménage par rapport à celle de l'activité lucrative. La part de l'activité lucrative est, dans ce cas, déterminée en comparant en pourcentage l'horaire usuel dans la profession en question à l'horaire effectivement accompli; la part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage. L'invalidité est déterminée, d'une part, par comparaison des activités selon l'art. 27 RAI (travaux habituels) et, d'autre part, par comparaison des revenus selon l'art. 28a al. 1 LAI (activité lucrative), l'invalidité globale étant déterminée pro rata temporis de chacune des parts (cf. art. 28a al. 3 LAI qui s'applique aussi lorsque l'assuré travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint).

8.

8.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69

RAI prescrit que l'Office AI 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.

8.2. S'agissant de l'application de la méthode spécifique, même si, pour les assurés résidant à l'étranger, faute de personnel qualifié, une enquête économique ne peut pas être diligentée sur place, il convient tout de même de procéder à une évaluation de l'atteinte dans l'accomplissement des tâches habituelles selon des principes analogues (arrêt du TAF C-5131/2007 du 16 mars 2009 consid. 4.2.5). Ainsi, selon la jurisprudence, pour lui reconnaître une valeur probante, il est essentiel que l'enquête soit effectuée par une personne qualifiée qui a la connaissance des relations locales et spatiales ainsi que des atteintes et handicaps ressortant des diagnostics médicaux. De plus, l'avis de l'assuré doit être pris en considération; cas échéant il faut donc indiquer les divergences. Le texte du rapport doit être plausible, motivé et raisonnablement détaillé au sujet des différentes restrictions, conformément aux observations relevées sur place (ATF 134 V 9 [arrêt I 246/05 du 30 octobre 2007] consid. 5.2 non publié).

8.3. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Les spécialistes de l'orientation professionnelle en revanche doivent se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales et compte tenu des capacités résiduelles de la personne assurée, ce qui nécessite parfois de se renseigner auprès des médecins (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3.3 et les références citées)

C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble

des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

8.4. 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 351 consid. 3a et les références).

9.

9.1. En l'espèce, la situation est pour le moins confuse, notamment quant au statut du recourant qui indique avoir cessé son activité professionnelle d'agent d'assurance indépendant en septembre 2006, soit bien avant les atteintes à la santé dont il se prévaut. Aucun indice dans le dossier ne laisse penser que ce sont des raisons médicales qui l'ont contraint à abandonner son métier. Il mentionne dans le questionnaire à l'assuré s'être occupé de ses parents âgés décédés depuis, sans que l'on sache si cela a motivé son choix. Ainsi, la Cour ne peut suivre l'autorité inférieure lorsque qu'elle se prononce sur la reprise d'une activité que l'assuré n'exerçait plus. Elle ne s'est pas renseignée sur les intentions du recourant, à savoir si sans l'atteinte à sa santé il aurait repris une activité lucrative ou s'il faut le considérer comme un assuré sans activité et enquêter alors sur sa capacité à accomplir des travaux habituels en application de la méthode spécifique de comparaison des revenus.

9.2. Les incidences de son état de santé sur sa capacité résiduelle de travail ne sont pas non plus clairement déterminées. L'expertise E213 est

la seule – outre bien entendu la détermination du médecin de l'OAIE qui est sensé se baser sur le dossier à défaut d'examiner elle-même l'assuré – à se prononcer à ce sujet et elle exclut la reprise de l'ancienne activité tout en tolérant une activité professionnelle sédentaire à temps complet (pour autant que l'on applique la méthode générale ou extraordinaire ce qui est douteux en l'espèce). Or, la Dresse D._____ prône la reprise de l'activité cessée depuis plus d'un an au moment de l'hospitalisation du recourant. Elle ne donne aucun motif qui permettrait de comprendre pourquoi elle s'écarte de la prise de position de la Dresse C._____. Celle-ci a examiné le recourant et note qu'il se déplace difficilement, avec une béquille et un tuteur à la jambe gauche, que l'atrophie musculaire est importante et qu'il présente une sévère hyperalgie depuis la moitié inférieure de la jambe. Peut-être ce constat médical n'est pas incompatible avec la reprise d'une activité (toujours dans l'optique de l'application de la méthode générale ou extraordinaire, ce qui reste à déterminer), mais on voit mal un tel patient se déplacer avec aisance pour exercer sa fonction d'agent d'assurance indépendant. L'avis du service médical doit être plus détaillé dans ce sens qu'il devrait – selon la méthode utilisée – renseigner sur les activités concrètes qu'est amené à exercer un agent d'assurance indépendant. L'absence d'explications y relative ainsi que l'avis divergent contenu dans l'expertise E213 au sujet de l'exigibilité d'une telle activité ne permettent pas de comprendre le raisonnement de la Dresse D._____. Le cas concret nécessite éventuellement le concours des experts en orientation professionnelle (cf. consid. 8.3 et la référence citée). La Cour ne peut donc pas se rallier sans autre à la position de l'autorité inférieure.

Il sied de préciser qu'il ne s'agit en aucune manière de reconnaître la décision espagnole dont le recourant se prévaut puisque seul le droit interne détermine les modalités de l'évaluation du taux d'invalidité (cf. consid. 3.4) qui est, selon la loi suisse, une notion juridico-économique et non médicale. En d'autres termes, seules sont couvertes les pertes économiques (atteignant au moins 40% du revenu) liées à une atteinte à la santé physique ou psychique et non la maladie en tant que telle. En Espagne, la situation est toute différente. A titre d'exemple: les documents espagnols produits par le recourant font état d'un degré d'handicap ("Grado Total de Minusvalia" et non d'invalidité) calculé en application d'un barème de valorisation ("Baremos de Valorización de Discapacidades"). Or ce barème prend en compte des critères sociaux susceptibles de compliquer l'intégration de la personne handicapée tels l'environnement familial, l'éducation, la situation culturelle (cf. artículos 4 del Royal Decreto 1971/1999, de 23 diciembre, consulté sur le site

internet

HYPERLINK

"http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd1971-1999.html"

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd1971-1999.html le 9 juin 2011), qui sont très clairement en droit suisse des facteurs étrangers à l'invalidité et impropres à influencer l'octroi d'une rente (cf. RCC 1991, p. 239 consid. 3c; arrêt du TF I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 1999 p. 247 consid. 1; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

10.

10.1. En conclusion, si une capacité résiduelle de travail subsiste peut-être, le TAF doit constater qu'il ne possède pas les éléments clairs pour se faire une opinion circonstanciée de la mesure de cette capacité ni, si le recourant doit être reconnu comme assuré sans activité, de savoir quelles sont exactement les incidences de l'état de santé du recourant sur sa capacité à accomplir ses travaux habituels.

10.2. Partant, il se justifie d'annuler la décision du 5 juin 2009 et d'admettre le recours dans ce sens que la cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle détermine clairement les activités du recourant, les conséquences des atteintes à la santé sur ces activités en diligérant soit une expertise médicale soit une enquête économique correspondant aux exigences de la jurisprudence. Surtout, elle indiquera explicitement sur quelle méthode s'appuie finalement sa décision.

11.

11.1. Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée par le recourant lui sera restituée sur le compte qu'il aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

11.2. Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, le travail accompli par l'organisme représentant le recourant en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'une réplique de 2 pages et demie, accompagné d'un bordereau de 4 pièces. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 600.- à charge de l'OAIE.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 5 juin 2009 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au sens du considérant 10.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée par le recourant lui sera restituée sur le compte qu'il aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 600.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège :

La greffière :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de

la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :