Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-5333/2019

Arrêt du 1er février 2022

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Regina Derrer, Christoph Rohrer, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A._____, (France),
représenté par Comité de protection des travailleurs frontaliers européens,
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 16 septembre 2019).

Faits :

A.
Le ressortissant français, A._____, né le (…) 1958, est domicilié en France. Il est marié et père d'un fils né en 1979. Ayant appris la profession de chauffeur poids lourds, il a travaillé en cette qualité à titre de frontalier au sein de l'entreprise B._____AG à (…), cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Il a présenté une incapacité de travail dès le 22 septembre 2016 en raison d'une maladie cardiaque (AI docs 5, 6, 7, 8, 12).

B.

B.a Le 30 janvier 2017, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : l'OAI), qui, sur transmission de l'assureur perte de gain maladie, l'a enregistrée le 8 février 2017. Il a signalé avoir subi un double pontage coronarien en date du 9 novembre 2016 suite à un malaise cardiaque survenu le 16 mai 2016 (AI docs 3, 5, 8, 17 p. 6).

B.b L'OAI a mené l'instruction de la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques usuels, avec l'appui de l'assureur susmentionné (AI docs 8 ss).

B.c Par communication du 14 juin 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous forme de conseil et de soutien en lien avec son intégration professionnelle (AI doc 23).

B.d Par communication du 28 août 2017, cet office a signalé à l'intéressé qu'il prendrait en charge les coûts pour un entraînement visant à accroître sa résistance prévu du 18 septembre au 31 décembre 2017 (AI doc 32).

B.e Le 13 novembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a rendu une décision d'indemnité journalière en faveur de l'assuré pour toute la durée du reclassement (AI doc 38).

B.f Par communication du 20 décembre 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une intégration proche de l'économie avec un support au poste de travail pour la période allant du 1er janvier au 31 mars 2018 (AI doc 46).

B.g Le 9 février 2018, l'OAIE a rendu une nouvelle décision d'indemnité journalière pour la période du 1er janvier au 31 mars 2018 (AI doc 54).

B.h Par communications des 3 avril et 14 juin 2018, l'OAI a à nouveau pris en charge les coûts pour un support au poste de travail, ce pour la période du 1er avril au 30 juin 2018 (AI docs 59, 73).

B.i Les 4 mai et 11 juillet 2018, l'OAIE a de nouveau rendu des décisions d'indemnité journalière, ce pour la période du 1er avril au 30 juin 2018 (AI docs 65, 79).

B.j Par communication du 18 octobre 2018, l'OAI a mis fin à la mesure d'intégration, au motif que l'intéressé s'est inscrit à l'assurance-chômage en France suite à la résiliation de son contrat de travail par l'employeur avec effet au 30 septembre 2018 et que des mesures professionnelles de l'AI ne sont plus indiquées (AI doc 87).

B.k Dans un projet de décision du 8 novembre 2018, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il prévoyait de lui refuser une rente d'invalidité. Selon lui, si l'activité habituelle n'était plus exigible, une capacité de travail entière persistait dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, le taux d'invalidité dans le cas concret de l'intéressé s'élevait à 0 %, excluant le droit à une rente (AI doc 90).

B.l Par écrit daté du 19 novembre 2018, l'intéressé, nouvellement représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, s'est opposé au projet de décision, invoquant une aggravation de son état de santé et prévenant qu'il ferait parvenir ultérieurement les actes médicaux l'attestant. Aucune procuration n'y était cependant jointe (AI doc 91).

B.m Par courriels des 18 janvier et 1er mars 2019 ainsi que courrier du 6 juin 2019, le conseil de l'assuré a transmis ladite procuration et de nombreux documents médicaux (AI docs 98, 99, 104).

B.n Consulté par l'OAI sur ces pièces médicales, le SMR, par la Dresse D._____, médecin praticienne FMH avec un certificat de capacité de médecin de confiance SGV, a, dans une prise de position du 8 juillet 2019, retenu les diagnostics de fibrillation atriale dès le 16 mai 2016, d'ischémie myocardique silencieuse depuis le 27 juin 2016, de double pontage aorto-coronaire à compter du 9 novembre 2016 et de réparation cicatricielle le 15 avril 2019 avec ablation des fils d'acier. Il précise que cette ablation a été motivée par des douleurs à la poitrine, que les consultations cardiologiques postérieure n'ont démontré aucune arythmie ni d'angor, la dyspnée étant avant tout en rapport avec une prise de poids. C'est pourquoi il a conclu, du point de vue de la médecine des assurances, à un état

de santé inchangé depuis le rapport de clôture de l'intégration avec l'évaluation d'une capacité de travail de 90 à 100 % dans une activité légère adaptée. En revanche, il a jugé la capacité de travail dans l'activité habituelle nulle depuis le 22 septembre 2016 suite à sa maladie cardiaque coronaire avec status post double pontage aorto-coronaire. Enfin, il a précisé que dans une activité adaptée légère à moyennement lourde avec changement de charge, assise et debout, avec port de charge limité à 10-15 kg, sans monter des échelles et échafaudages, sans être sur les genoux (ex : service de parking, nettoyage de voiture, éventuellement encore équipement de nouvelles voitures, les changements de pneus ne devant pas être répétitifs), l'assuré possède une capacité de travail de 90 à 100 % depuis juillet 2018 (AI doc 107).

B.o Par écrit du 12 août 2019, l'intéressé a, par son représentant, remis une nouvelle documentation médicale (AI doc 108).

B.p Par décision du 16 septembre 2019, l'OAIE, reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI et le complétant en fonction de la procédure d'audition, a refusé une rente d'invalidité à l'assuré (AI doc 113).

C.

C.a Par acte du 11 octobre 2019 (timbre postal), l'intéressé a, par son conseil, interjeté recours à l'encontre de la décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal), en concluant implicitement à son annulation et indiquant qu'il ferait parvenir toute la documentation médicale attestant de l'aggravation de sa santé. Il a joint divers moyens de preuve (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 16 octobre 2019, le TAF a invité le recourant à acquitter une avance de frais de Fr. 800.– dans les 30 jours dès réception, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Ce montant a été réglé dans le délai imparti (TAF pce 4).

C.c Par écrit du 16 novembre 2019 (timbre postal), le recourant a, par l'entremise de son mandataire, fait parvenir au Tribunal deux moyens de preuve médicaux (certificat médical du 8 novembre 2019 du Dr E._____, psychiatre, annonçant que le recourant bénéficie d'un suivi psychiatrique dans son cabinet depuis le 27 novembre 2018 pour un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne avec syndrome somatique [CIM-10 : F32.11] qui pourrait être réactionnel à un stress professionnel avec licenciement annoncé le 30 juin 2018 et que nonobstant la prise en

charge médicale, son état anxiothymique reste en rémission très partielle avec fluctuation thymique, tout en ajoutant que son état n'est à cette date pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle ; ordonnance du même jour et du même médecin pour un traitement médicamenteux [TAF pce 5]).

C.d Dans sa réponse du 5 décembre 2019, l'autorité inférieure a renvoyé à la prise de position du 28 novembre 2019 de l'OAI et conclu donc au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans ladite prise de position, l'OAI a précisé ne plus rien avoir à ajouter par rapport à ce qui figure dans la décision querellée et au dossier (TAF pce 7).

C.e Par réplique du 8 janvier 2020 (timbre postal), le recourant, par son conseil, a remis de nouvelles pièces médicales (rapport médical du 20 décembre 2019 du Dr F._____, cardiologue, concluant au maintien d'un rythme sinusal après fibrillation atriale paroxystique, à une cardiopathie ischémique sur atteinte tritronculaire dont occlusion de l'interventriculaire antérieure proximale, revascularisation chirurgicale par double pontage de l'interventriculaire antérieure circonflexe, ainsi qu'à une cardiopathie hypertensive équilibrée ; compte-rendu d'effort du 6 janvier 2020, arrivant à la conclusion que le test d'effort est nettement sous maximum 55 % FMT – fatigabilité – extrasystole ventriculaire dont doublets-négative et qu'il est difficile de majorer le béta bloquant vu le bibloc et la bradycardie sinusale, tout en précisant que l'épreuve d'effort a été interrompue en raison de 55 % FMT) et implicitement maintenu ses conclusions (TAF pce 10).

C.f Par duplique du 30 janvier 2020, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 24 janvier 2020 de l'OAI et, partant, persisté dans ses conclusions (TAF pce 12).

C.g Par ordonnance du 4 février 2020, le Tribunal a porté ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pce 13).

C.h Par écrit spontané du 16 octobre 2020, le recourant a, par l'intermédiaire de son représentant, produit de nouveaux moyens de preuve (notamment : rapport médical du 20 août 2020 du Dr F._____, lequel conclut à une régularisation rythmique après nouvelle récidive de fibrillation atriale parxystique, altération de la fonction ventriculaire gauche autour de 40 %, à une cardiopathie ischémique sur atteinte trontriculaire dont occlusion de l'interventriculaire antérieure proximale, revascularisation chirurgicale par double pontage l'interventriculaire antérieure circonflexe et à une cardiopathie hypertensive équilibrée ; prescription de médicaments du

9 juillet 2020 du même médecin ; rapport médical du 9 juillet 2020 du même médecin avec échocardiographie et des conclusions d'altération de la fonction du ventricule gauche FEVG 40 %, d'hypokinésie septale et inféro septale, insuffisance mitrale ¼ par restriction du prolapsus de valve mitrale et dilatation anneau, pas d'hypertension artérielle pulmonaire, oreillette gauche moyennement dilatée, GLS-8,3, soit une fraction d'éjection de 23 %, ainsi qu'une péricarde sec ; TAF pce 15).

C.i Par écrit spontané du 19 octobre 2021 (timbre postal), le recourant a fourni de nouveaux actes médicaux (rapport médical du 13 septembre 2021 du Dr F._____, concluant à une régularisation rythmique après nouvelle récidive de fibrillation atriale paroxystique, altération de la fonction ventriculaire gauche autour de 57 %, à une cardiopathie ischémique sur atteinte tritronculaire dont occlusion de l'interventriculaire antérieure proximale, revascularisation chirurgicale par double pontage l'interventriculaire antérieure circonflexe, à une cardiopathie hypertensive équilibrée et à un syndrome d'apnées du sommeil appareillé ; ordonnance du 6 juillet 2021 du Dr G._____, médecin généraliste, prescrivant des médicaments ; rapport médical du 14 juin 2021 du Dr H._____, chirurgien, urologue, observant notamment des augmentations de l'antigène spécifique de prostate et rassurant le recourant sur le fait qu'il s'agit de la forme la plus faible de risque pour laquelle aucun traitement n'est nécessaire, une surveillance active étant instituée avec une deuxième biopsie prostatique au plus tard l'année prochaine pour le grade de la ventilation invasive puis des contrôles annuels de l'antigène spécifique de prostate ; résultats d'examen du 9 juin 2021 du même médecin quant à la première biopsie prostatique ; rapport du 10 mai 2021 du même médecin, dans lequel le médecin s'inquiète d'une augmentation à 5,5 de l'antigène spécifique de prostate avec un rapport de 11 % et surtout une IRM suspecte au niveau apical, la biopsie prostatique étant alors inévitable ; rapport du 8 juin 2021 du Dr I._____, radiologue afférent aux biopsies prostatiques sous échographie ; rapport du 5 mai 2021 relatif à une IRM prostatique de la Dresse J._____, radiologue, concluant à un nodule suspect de la zone périphérique, région apicale droite, à contact large capsulaire, avec léger effet de masse et bombement capsulaire sans discontinuité ou signe d'envahissement de la capsule ; rapport du 22 février 2021 du Dr F._____, concluant à une régularisation rythmique après nouvelle récidive de fibrillation atriale paroxystique, altération de la fonction ventriculaire gauche autour de 57 %, à une cardiopathie ischémique sur atteinte tritronculaire dont occlusion de l'interventriculaire antérieure proximale, revascularisation chirurgicale par double pontage de l'interventriculaire antérieure circonflexe,

et à une cardiopathie hypertensive équilibrée ; résultat de bilan du 17 février 2021 en lien avec une échographie rénale, vésico-prostatique et résidu du Dr K._____, radiologue, constatant une prostate de 44 cc sans image de prostatite et un résidu post-mictionnel de l'ordre de 10 cc ; rapport du 8 février 2021 du Dr G._____, prescrivant des médicaments avant la consultation d'un confrère ; rapport du 3 février 2021 relatif à une échographie rénale, vésico-prostatique et résidu du Dr K._____, relevant une prostate légèrement hypertrophiée de 40 cc et un résidu post-mictionnel non significatif de 20 cc, une colonne dorsale avec un minime trouble de la statique et spondylarthrose diffuse, ainsi qu'une colonne lombaire avec un minime trouble de la statique dans le plan frontal et spondylarthrose diffuse, image de discopathie dégénérative en L5-S1, arthrose inter-apophysaire et inter-épineuse lombaire étagée ; TAF pce 17).

C.j Par observations complémentaires des 3 et 13 décembre 2021, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 29 novembre 2021 de l'OAI – laquelle renvoie à la note du 26 novembre 2021 du SMR, par la même médecin, expliquant que si la médicamentation afférente à la bradycardie adaptée donnait lieu à une fréquence du pouls normale, l'activité adaptée déjà décrite resterait possible à 90 à 100 % – et dès lors confirmé ses précédentes conclusions (TAF pces 19, 21).

C.k Par ordonnance du 21 décembre 2021, le Tribunal a notamment porté ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pce 22).

C.l Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront exposés, en tant que de besoin, dans les considérants qui viennent.

Droit :

1.
Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de

procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.
Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI.

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). 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 ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à sa santé remonte à l'époque où il travaillait en tant que frontalier, c'est à juste titre que l'OAI du canton C._____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié dans son pays d'origine, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er 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 (RS 0.831.109.268.1), 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 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.1.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 16 septembre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

6.2 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

pas 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).

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008 et applicable en l'espèce, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets,

qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.2 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

7.3 Pour mémoire, dans l'approche qu'il a développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
a. Complexe « atteinte à la santé »
i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
iv. Comorbidités
b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)
a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

7.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du

18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.
Ont été versées au dossier dans le cadre de l'instruction de la demande notamment les pièces suivantes :

- un compte-rendu d'hospitalisation du 16 septembre 2016 du Dr L._____, cardiologue, indiquant que l'hospitalisation a eu lieu le 14 septembre 2016 et concluant à une ischémie myocardique silencieuse documentée à la scintigraphie myocardique, ainsi qu'à des lésions tritronculaires relevant d'une revascularisation chirurgicale (AI doc 9 p. 11) ;

- un rapport d'hospitalisation du 16 novembre 2016 des Drs M._____, chirurgien des hôpitaux, praticien hospitalier, N._____, cardiologue, praticien hospitalier, et O._____, chirurgien des hôpitaux, chef de service, signalant que le recourant a été hospitalisé du 7 au 16 novembre 2016 en raison d'une revascularisation myocardique chez un recourant présentant des lésions tritronculaires ; les médecins indiquent encore qu'au niveau de l'évolution, les suites post-opératoires immédiates ont été simples avec une extubation à la 2e heure post-opératoire et un transfert en secteur à J1, le recourant ne présentant à cette date aucune doléance particulière ; ils concluent à un diagnostic final de suites favorables après double pontage aorto-coronaire à cœur battant ; selon eux, les suites à donner sont une consultation du Dr F._____, à prévoir, un maintien en permanence de la ceinture thoracique pendant un mois, pas de mouvement ample de bras ni de torsion thoracique pendant toute la période de rééducation, il est recommandé au recourant de dormir sur le dos durant le premier mois (AI doc 9 p. 7-10) ;

- un rapport médical du 22 novembre 2016 du Dr F._____, posant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fibrillation atriale paroxystique dès le 15 mai 2016, d'angor de nord dès la même date, de scintigraphie myocardique et saturée dès le 27 juin 2016, de lésions tritronculaires à la coronographie dès le 14 septembre 2016 et de double pontage coronaire dès le 9 novembre 2016 ; il retient comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de haute tension artérielle ; le médecin ajoute que les symptômes actuels sont une cardiopathie sévère avec revascularisation chirurgicale ; il conclut qu'une reprise totale n'est pas encore évaluable à cette date (AI doc 9 p. 5-6) ;

- un compte-rendu d'hospitalisation du 6 décembre 2016 du Dr P._____, médecin en réadaptation fonctionnelle cardiaque, attestant d'une hospitalisation du 16 novembre au 7 décembre 2016 pour cause de réadaptation fonctionnelle cardiaque après double pontage aorto-coronaire à cœur battant le 9 novembre 2016, et pour laquelle il est conclu à une réadaptation fonctionnelle cardiaque après double pontage aorto-coronaire à cœur battant, à l'absence de problème évolutif, à une activité sportive modérée, bien tolérée, sans récidive d'angor et épreuve d'effort de fin de séjour négative sur le plan clinique et électrique pour une charge de 100 W à 56 % de la FMT (4.8 METS), à la poursuite des soins à domicile au niveau de la saphénectomie à surveiller et à la participation à un programme d'éducation thérapeutique personnalisé (AI doc 9 p. 2-3) ;

- un rapport du 15 décembre 2016 du Dr F._____, concluant au maintien d'un rythme sinusal après fibrillation atriale paroxystique, à une cardiopathie ischémique sur atteinte tritronconculaire dont conclusion de l'interventriculaire antérieure proximale, revascularisation chirurgicale par double pontage de l'interventriculaire antérieure circonflexe et à une cardiopathie hypertensive équilibrée, en estimant que dans l'immédiat l'arrêt de travail doit être prolongé, une réévaluation à trois mois avec épreuve d'effort et contrôle de sa fonction ventriculaire sera envisagée, et contre de la cicatrice de saphénectomie (AI docs 9 p. 1, 11 p. 7-8) ;

- un rapport médical du 15 février 2017 du Dr G._____, spécifiant que l'incapacité de travail du recourant a pour origine une maladie, diagnostiquant avec effet sur la capacité de travail une fibrillation auriculaire paroxystique et une coronaropathie sévère, existantes toutes deux depuis le 17 mai 2016, ainsi que sans effet sur la capacité de travail un ulcère gastrique et une haute tension artérielle depuis 2011 ; le médecin souligne un bon état général, l'absence de plainte et un suivi de la coronaropathie gérée, mais l'impossibilité d'une reprise de travail et être dans l'attente de l'autorisation du cardiologue ; il répond encore que l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, pour autant que le cardiologue l'y autorise ; enfin, il fixe les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités dans différentes positions, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier ?), ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, ne pas soulever/porter (près/loin du corps ?), ne pas monter sur une échelle/échafaudage, et résistance limitée, genre à définir par le cardiologue (AI doc 11 p. 2-8) ;

- un extrait du compte individuel du 22 février 2017 (AI doc 12) ;

- un rapport médical du 3 avril 2017 du Dr F._____, affirmant que la cause de l'incapacité de travail est une maladie ; le médecin retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibrillation atriale dès le 16 mai 2016, d'ischémie silencieuse à la scintigraphie myocardique dès le 27 juin 2016, de coronaropathie dans l'attente dès 14 septembre 2016 et de double pontage aorto-coronaire dès le 9 novembre 2016 ; il évoque une évolution satisfaisante, une pariétalgie et une réadaptation cardiaque en cours, en précisant que les symptômes actuels sont des pariétalgies résiduelles ; son pronostic est favorable à moyen terme ; il atteste une incapacité de travail total en avertissant qu'il est difficile d'envisager une reprise de l'activité habituelle avec port de charge à 59 ans, de sorte qu'elle n'est médicalement plus exigible ; d'après lui, les limitations fonctionnelles du recourant sont depuis le 9 novembre 2016 les suivantes : pas d'activité dans différentes positions, exercée principalement en marchant (terrain irrégulier ?), à genoux, monter sur une échelle/un échafaudage, pas de port de charge supérieure à 20 kg (AI doc 15) ;

- des certificats de salaire pour les années 2014 à 2017 (AI doc 14.2) ;

- un questionnaire pour l'employeur du 10 avril 2017 (AI doc 14.1) ;

- un rapport médical du 20 avril 2017 du Dr G._____, exprimant une dispense des travaux physiques lourds, des activités habituelle et adaptée exigibles à 80 %, fixant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail de pontage coronarien à compter du 22 septembre 2016 et sans effet sur la capacité de travail de fibrillation auriculaire, une évolution favorable après pontage tritronculaire, des limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités principalement en marchant (terrain irrégulier ?), avec les bras au-dessus de la tête, à genoux, ne pas soulever/porter des charges de plus de 25 kg selon avis du cardiologue, ne pas monter sur une échelle/un échafaudage (AI doc 86 p. 6-8) ;

- une note du 14 juin 2017 du SMR, rédigée par la Dresse D._____, faisant suite à un entretien ayant eu lieu la veille et posant les diagnostics de fibrillation atriale dès le 16 mai 2016, d'ischémie myocardique silencieuse depuis le 27 juin 2016 et de double pontage aorto-coronaire à compter du 9 novembre 2016 ; la médecin évoque un pronostic favorable, en retenant les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas

soulever, ni porter de charge lourde, activité assise/debout ; elle conclut, du point de vue de la médecine des assurances, à un entraînement de résistance et de construction à suivre progressivement avec au début trois heures par jour, cinq jours par semaine avec le profil de charge suivant : activités moyennement lourdes assises et debout avec variation de la charge, soulever et porter des charges d'au maximum 10 à 15 kg, sans monter d'échelle et d'échafaudage, sans activité accroupie (AI doc 22) ;

- un rapport médical du 7 juillet 2017 du Dr G._____, fixant comme limitation fonctionnelle une éviction des travaux physiques jusqu'à l'avis du cardiologue, des activités habituelle et adaptée exigibles à 80 %, mais avertissant que la capacité de travail serait certainement limitée si celui-ci devait être repris ; le médecin diagnostique encore un pontage coronarien avec effet sur la capacité de travail et une fibrillation auriculaire ainsi qu'un ulcère gastrique sans effet sur la capacité de travail, tous depuis novembre 2016 ; selon lui, l'évolution est favorable ; il retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle jusqu'au 6 août 2017 et des limitations fonctionnelles : principalement en marchant (terrain irrégulier ?), travailler avec les bras au-dessus de la tête, à genoux, soulever/porter plus de 25 kg, monter sur une échelle/échafaudage (AI doc 86 p. 2-4) ;

- un rapport initial de conseil en réadaptation daté du 14 juillet 2017 se référant à un entretien du 5 juillet précédent et fixant un premier objectif commun de se réadapter dans l'activité habituelle de chauffeur poids lourds, avec des étapes partielles de construction de la résistance et de la capacité de travail dans le cadre institutionnel, ensuite de construction selon les possibilités au poste de travail habituel ; les prochaines étapes de la procédure sont encore établies (AI doc 25) ;

- une convention d'objectif sur les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle selon l'art. 14*a* LAI (RS 831.20) du 23 août 2017 définissant une mesure ayant pour but d'entraîner et d'améliorer la résistance et la capacité d'engagement du recourant, composée des objectifs individuels suivants : augmentation de la résistance pour la réadaptation ultérieure auprès de l'employeur actuel, et une première étape visant à atteindre un temps de présence de 50 % au moins ; il est précisé que la mesure commence le 18 septembre 2017 et dure jusqu'à fin 2017, sous réserve d'un accord commun pour y mettre fin plus tôt (AI docs 28, 35) ;

- des journaux mensuels de l'intégration professionnelle pour les mois de septembre à décembre 2017 (AI docs 36, 39, 42, 51) ;

- un rapport médical intermédiaire en vue de la révision des prestations pour adultes du 13 novembre 2017 du Dr F._____, attestant qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics, que la cardiopathie ainsi que la haute tension artérielle sont stables, qu'il s'agit d'un chauffeur routier avec port de charge et que de nouvelles mesures professionnelles ne sont pas indiquées (AI doc 40) ;

- une note du 6 décembre 2017 du SMR, par sa même médecin, affirmant que le recourant est stable sur le plan cardiologique, qu'il suit l'entraînement de résistance, mais qu'il se plaint de douleurs au niveau du dos et des épaules sans que cela ressorte des actes médicaux au dossier ; la médecin propose d'essayer chez l'employeur une augmentation à quatre heures et de se rendre à nouveau chez le SMR en cas de stagnation de la réadaptation (AI doc 41) ;

- une convention d'objectif en rapport avec des mesures d'intégration du 19 décembre 2017, dans laquelle la même mesure que la précédente est convenue et une réadaptation dans un mois de travail ; cette mesure est fixée pour une période allant du 1er janvier au 31 mars 2018 (AI docs 43, 50) ;

- un rapport définitif relatif à la mesure d'intégration dans l'institution du 18 septembre au 31 décembre 2017, établi par l'hôpital Q._____ de (…) le 8 janvier 2018, sous la plume de M. R._____, accompagnant socioprofessionnel, résumant l'entraînement suivi dans la cuisine de l'hôpital qui s'est bien déroulé et s'est révélé être adapté à sa résistance corporelle tout en permettant une augmentation de son taux d'occupation ; de plus, les craintes du recourant concernant sa problématique cardiaque ont pu être réduites au travers de la routine quotidienne, respectivement, le recourant a assuré ne plus être affecté psychologiquement lors du dernier entretien ; il est en outre constaté une augmentation à divers niveaux : motivation au travail, résistance physique, psychique et cognitive, compétences sociales et personnelles, prestation fournie, présence ; de surcroît, il est certifié que le recourant s'est habitué à la structure du jour et au processus professionnel tout en étant en mesure de respecter le temps de travail (ponctualité et heures de pause) ; il est proposé que le recourant, à long terme, retourne à son activité habituelle de chauffeur poids lourds, mais à la condition qu'une

construction supplémentaire y ait lieu ; à la fin de l'entraînement, le recourant ne pouvait toujours pas manœuvrer un camion, l'autorisation médicale n'étant au demeurant pas encore accordée, mais une expertise y afférente surviendra au mois de mars 2018 ; l'institution se dit en outre prête à l'employer à nouveau en cas d'insuffisance de la résistance ; les raisons d'une diminution de la prestation sont décrites comme étant des douleurs dans les régions des épaules et de la poitrine, ainsi qu'un esprit d'initiative peu développé ; enfin aucun aspect n'a été jugé insuffisant (AI doc 52) ;

- une convention d'objectif du 27 mars 2018 prolongeant les mesures d'intégration jusqu'au 3 juin 2018 (AI docs 56, 62) ;

- une note du 5 avril 2018 du SMR, rédigée par sa même médecin, jugeant l'état de santé du recourant stable et recommandant alors une nouvelle élévation de la capacité de travail dans une activité adaptée à huit heures ; il est constaté en ce qui concerne les douleurs à l'épaule droite qu'il n'y a pas de grande pression douloureuse, le recourant ne prenant au demeurant pas d'antidouleurs et une consultation chez un spécialiste étant prévue ; les activités adaptées sont, selon la médecin, les suivantes : service de parking, nettoyage de voitures, éventuellement et nouvellement équipement de nouvelles voitures (le changement de pneus ne devrait pas être répétitif) (AI doc 61) ;

- une prolongation du 6 juin 2018 de la dernière convention d'objectif pour des mesures d'intégration jusqu'au 30 juin 2018, avec adaptation de l'objectif en ce que ce dernier est désormais d'atteindre un taux d'occupation de 100 % (AI docs 69, 71) ;

- un rapport médical reçu le 26 juillet 2018 du Dr S._____, médecin en rééducation et réadaptation fonctionnelles conventionné, retenant des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de capsulite rétractile sévère de l'épaule droite après pontage coronarien depuis novembre 2016, de dorsalgie et d'insuffisance coronarienne ; le médecin décrit des symptômes de scapulalgies droites aux efforts, fait un constat objectif de raideur de l'épaule droite (flexion 120°, rotation externe 30°) et évoque un bon pronostic ; il se dit cependant pas en mesure de se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail, laissant le soin au médecin traitant de le faire ; il conclut que l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle pour l'épaule, mais qu'il ne se prononce pas en ce qui concerne les problèmes cardiaques (AI doc 80) ;

- un rapport de clôture de l'intégration, expliquant notamment que l'employeur du recourant a mis fin aux rapports de travail avec effet au 30 septembre 2018 étant donné le manque de besoin en personnel au sein de l'entreprise dans l'activité adaptée du recourant et recommandant l'examen d'une rente en raison de l'incapacité de travail à compter du 22 septembre 2016 (AI doc 81) ;

- un échange de correspondances entre le recourant et la Caisse suisse de compensation à propos du remboursement des frais de déplacement (AI docs 96, 97, 100, 110, 114, 116) ;

- un certificat médical du 17 janvier 2019 du Dr E._____, dans lequel ce dernier informe suivre le recourant depuis le 27 novembre 2018 pour un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne avec syndrome somatique (CIM-10 : F32.11) réactionnel à un stress professionnel avec licenciement annoncé le 30 juin 2018 et que l'état anxiothymique reste en rémission partielle malgré la prise en charge médicale, ne permettant ainsi pas la reprise d'une activité professionnelle (AI doc 98 p. 3) ;

- un rapport médical du 18 février 2019 du Dr T._____, cardiologue, lequel indique qu'il est clair qu'il ne s'agit pas d'une récidive angineuse, mais d'un problème cicatriciel ; le médecin s'étonne du symptôme qu'il n'a jamais vu de toute sa carrière, la douleur étant presque continue et visiblement le patient peu marqué par ce handicap (AI doc 99 p. 3) ;

- une convocation pour une intervention auprès d'un service de chirurgie cardiaque et thoracique d'un hôpital prévue le 16 avril 2019 (AI doc 101 p. 4) ;

- un rapport médical du 5 avril 2019 de la Dresse U._____, cardiologue, spécifiant que les motifs de la consultation sont un bilan systématique chez un coronarien, ainsi que l'intervention précitée pour réfection cicatriciel en raison de pariétalgies chroniques post PAC, et concluant à une cardiopathie ischémique stable, FEVG 60 % sans troubles de la cinétique, un bilan cardiovasculaire comprenant un examen clinique, une échocardiographie trans-thoracique, électrocardiogramme rassurantes, et pas de changement à apporter sur le plan thérapeutique (AI doc 104 p. 21-22) ;

- un certificat médical du 17 avril 2019 d'un service de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire d'un hôpital renseignant que le recourant a été hospitalisé du 15 au 17 avril 2019 (AI doc 104 p. 19) ;

- une lettre de liaison du même jour du Dr O._____, chirurgien des hôpitaux, chef de service, pour la même hospitalisation et annonçant une ablation de fils d'acier comme motif d'hospitalisation ainsi que des suites favorables après ladite ablation (AI doc 104 p. 16-18) ;

- un rapport médical du 28 mai 2019 du Dr F._____, concluant au maintien d'un rythme sinusal après fibrillation atriale paroxystique, à une cardiopathie ischémique sur atteinte tritronculaire dont occlusion de l'interventriculaire antérieure proximale, revascularisation chirurgicale par double pontage interventriculaire antérieure circonflexe et à une cardiopathie hypertensive équilibrée, tout en avertissant qu'il faudra probablement diminuer la charge thérapeutique, compte tenu d'une tension limite à l'orthostatisme (AI doc 104 p. 12-13) ;

- une convocation à un bilan nutritionnel pour le 28 juin 2019 (AI doc 104 p. 11) ;

- un compte-rendu du 4 juin 2019 d'un laboratoire d'épreuve d'effort, relevant que l'épreuve d'effort a été interrompue en raison de la fatigue du recourant et arrivant à la conclusion d'une épreuve d'effort non-significative 43 % FMT maquillée 3,6 syndrome métabolique 100 watts sans modifications électriques et sans angor (AI doc 104 p. 4-10) ;

- une prise de position du 8 juillet 2019 du SMR (AI doc 107 ; voir *supra* let. B.p) ;

- une convocation à une hospitalisation du 6 au 17 janvier 2020 auprès d'un service de nutrition d'un centre médical (AI doc 108 p. 10) ;

- un rapport de polygraphie ventilatoire du 4 juillet 2019 du Dr F._____, concluant à un syndrome d'apnées du sommeil mixte surtout central peu désaturant, pression de perfusion cérébrale souhaitable (AI doc 108 p. 2-9).

9.

La décision querellée se fonde pour l'essentiel sur les note du 14 juin 2017 (AI doc 22) et prise de position du 8 juillet 2019 du SMR (AI doc 107), ainsi que sur le questionnaire pour l'employeur du 10 avril 2017(AI doc 14.1).

10.

10.1 En premier lieu, il incombe au Tribunal d'examiner si les note et prise de position du SMR susmentionnées pouvaient se voir attribuer pleine valeur probante à l'aune des réquisits jurisprudentiels posés à l'égard de ce genre de rapports médicaux et, par conséquent, être reprises par l'OAIE pour fonder sa décision dont est recours.

10.2 Il appert que la note du 14 juin 2017 est relativement brève, mais elle reprend les diagnostics posés par les spécialistes cardiologues (par exemple : rapport médical du 22 novembre 2016 du Dr F._____ [AI doc 9 p. 5-6]). Le Tribunal remarque ainsi que le SMR a dûment tenu compte du trouble cardiaque dont souffre le recourant et de son évolution tels que relevés par les médecins traitants spécialistes en la matière. Cela est pertinent dans la mesure où la médecin du SMR ne dispose pas de la même spécialisation. Pour ce qui concerne la prise de position du 8 juillet 2019 (AI doc 107), celle-ci s'avère un peu plus étoffée, mais sans toutefois être très longue. Force est de constater que la médecin a ajouté le diagnostic de réparation cicatricielle avec ablation des fils d'acier, conformément à ce qu'a mis en évidence le Dr O._____ (voir AI doc 104 p. 16-18), soit un spécialiste dans le domaine. Là aussi, le Tribunal ne trouve rien à redire. Le SMR motive donc son évaluation de la capacité de travail du recourant en fonction essentiellement de ces atteintes cardiaques, soit 0 % dans l'activité habituelle de chauffeur poids lourds depuis le 22 septembre 2016 et de 90 à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il ajoute que les douleurs à la poitrine ont incité à enlever les fils d'acier et que la dyspnée tient avant tout à une prise de poids. En fin de compte, l'état de santé du recourant n'a pas changé depuis le rapport de clôture de l'intégration.

10.3 Cependant, il ressort clairement du dossier que d'autres médecins traitants du recourant ont relevé d'autres atteintes à la santé. Cela concerne premièrement le Dr S._____, médecin en rééducation et réadaptation fonctionnelles conventionné, qui fait état de notamment d'une atteinte à l'épaule droite du recourant et des dorsalgies (voir AI doc 80). Il en va aussi ainsi du psychiatre, le Dr E._____, qui évoque un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne avec syndrome somatique (CIM-10 : F32.11) réactionnel à un stress professionnel avec licenciement et un état anxiothymique restant en rémission partielle malgré la prise en charge médicale, ne permettant ainsi pas la reprise d'une activité professionnelle (voir AI doc 98 p. 3). Enfin, cela vaut également pour le cardiologue, le

Dr F._____, qui le 4 juillet 2019 conclut à un syndrome d'apnées du sommeil mixte surtout central peu désaturant, pression de perfusion cérébrale souhaitable (voir AI doc 108 p. 2-9). Or, la médecin du SMR ne les mentionne pas, ni n'explique pourquoi ces aspects devraient être réfutés dans le cas concret. Cela s'avère d'autant plus problématique que ces affections sont signalées par des médecins chaque fois spécialisés pour les troubles considérés, alors que la médecin du SMR ne l'est pas. Qui plus est, et bien qu'un trouble psychologique soit indiqué – même si assez succinctement – par un psychiatre et qui ne serait qu'en rémission très partielle, le Tribunal ne trouve nulle part une preuve que ledit trouble aurait fait l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281.

11.

11.1 En conséquence, les rapports du SMR, qui ont servi de base pour établir la décision entreprise, ne permettent pas au Tribunal de vérifier, au degré de la vraisemblance prépondérante, quelle est l'éventuelle capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni la pertinence des limitations fonctionnelles et, par là même, quel est son taux d'invalidité. Trop de points importants n'ont pas été éclaircis comme il conviendrait, de sorte que lesdits documents du SMR ne sauraient se voir accorder pleine valeur probante. Il est au demeurant rappelé que l'appréciation des preuves pour de tels rapports est soumise à des exigences sévères, une instruction complémentaire devant ainsi être prononcées s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d). Les pièces au dossier ne permettent pas non plus de s'en convaincre, là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante.

11.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; ar-

rêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort par conséquent du dossier que la question de l'éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée et des limitations fonctionnelles n'ont pas été instruites comme il convient et méritent un éclaircissement.

11.3 Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

11.4 En l'occurrence, la décision attaquée se fonde sur des rapports du SMR qui ne satisfont pas aux exigences posées par la jurisprudence, pour refuser le droit à une rente d'invalidité au recourant.

12.
Les considérants qui précèdent conduisent à l'admission partielle du recours et à l'annulation de la décision entreprise.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il s'avère en effet nécessaire de clarifier l'éventuelle capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles de ce dernier.

En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera, au besoin, une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, cardiologique et psychiatrique – ce dernier volet devant respecter les exigences fixées par l'ATF 141 V 281 –, voire comprenant d'autres disciplines pour le syndrome d'apnées du sommeil mixte et pour la prostate du recourant, étant rappelé qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Les médecins devront notamment déterminer l'éventuelle capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et

les limitations fonctionnelles et, pour ce faire, prendre en compte la nouvelle atteinte à la prostate. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SMR pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

13.

13.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.– versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

13.2 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 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 au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, 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 (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure, le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 1'000.–.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée.

2.
La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.
Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de Fr. 1'000.– à charge de l'autorité inférieure.

5.
Le présent arrêt est adressé :

– au recourant (Recommandé avec avis de réception)
– 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.

La présidente du collège : Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Julien Borlat

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 :