



Cour III
C-6322/2019

Arrêt du 13 juin 2024

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Philipp Egli, juges,
Frédéric Lazeyras, greffier.

Parties

A. _____, (France),
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 4 novembre 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assuré ou recourant) est un ressortissant français né le (...) 1965, domicilié en France voisine à (...), divorcé et père de 3 enfants nés les (...) 1988, (...) 1992 et (...) 1994 (OAI-B._____ pce 39). Titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) de mécanicien ajusteur et d'un brevet d'études professionnelles (BEP) de mécanicien monteur, il a exercé à plein temps, durant toute sa carrière professionnelle, le métier de peintre en bâtiment, notamment en Suisse en tant que frontalier, cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité de manière continue du mois de juillet 2000 à décembre 2009, puis discontinuée d'avril 2010 à juin 2016 (OAI-B._____ pces 24 p. 2, 40, 45, 54 p. 1, 55, 60, 61 et 66). En dernier lieu, il a travaillé pour les agences de recrutement et de placement de personnel C._____ AG d'avril 2010 jusqu'en décembre 2015, puis D._____ AG du 21 mars 2016 au 6 avril 2016 au service de laquelle il a perçu un salaire horaire brut de CHF 35.-. Porteur d'une cardiopathie ischémique, il a été licencié par son dernier employeur pour cause de maladie avec effet au 30 juin 2016 (OAI-B._____ pces 60, 65 pp. 7-9, 66 p. 1). La sécurité sociale française l'a mis au bénéfice de prestations d'assurance-chômage, ainsi que d'une pension d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2020 (OAI-B._____ pce 70 p. 2 ; TAF pce 11).

B.

B.a En février 2009, A._____ a été victime d'un premier infarctus du myocarde de territoire antérieur traité par angioplastie avec implantation de deux stents nus au niveau de l'artère interventriculaire antérieure. En avril 2009, un contrôle coronarographique a objectivé une lésion tritronculaire (1° resténose intra-stent de l'artère interventriculaire antérieure, 2° sténose significative de l'artère marginale, 3° occlusion de l'artère coronaire droite) ayant nécessité d'une part une angioplastie avec implantation de 2 stents actifs au niveau de l'artère interventriculaire antérieure, d'autre part une angioplastie de la première artère marginale avec implantation d'un stent actif supplémentaire (cf. rapport du 16 octobre 2012 du Dr E._____, cardiologue [OAI-B._____ pce 26 p. 2] et rapport d'hospitalisation du 29 novembre 2011 de la Dre F._____, cardiologue [OAI-B._____ pce 1 p. 19]).

B.b Le 6 août 2011, A._____ a été victime d'un second infarctus du myocarde de territoire antérieur – dans un contexte d'inobservance thérapeutique – sur thrombose de stent de l'artère interventriculaire antérieure

proximale traitée par thrombo-aspiration et implantation d'un stent – compliqué d'un arrêt cardiocirculatoire récupéré avec succès (cf. rapport de coronarographie et d'angioplastie du 6 août 2011 du Dr E. _____ [OAI-B. _____ pce 53 pp. 26-28] et rapport d'hospitalisation du 13 septembre 2011 des Drs G. _____, H. _____, I. _____ et J. _____, cardiologues [OAI-B. _____ pce 53 pp. 20-25]). Moyennant une évolution médicale favorable sur les plans neurologique et cardiologique sous réserve d'une fraction d'éjection ventriculaire gauche (ci-après : FEVG) modérément altérée à 40% en raison d'une séquelle antéro-septo-apicale, A. _____ a pu reprendre à plein temps l'exercice de son activité lucrative habituelle de peintre en bâtiment, celle-ci ne paraissant pas contre-indiquée au regard de la bonne tolérance fonctionnelle cardiologique et de l'altération modérée de la FEVG (cf. rapports des 11 novembre 2011, 31 mai 2012, 16 octobre 2012, 24 janvier 2017 du Dr E. _____, cardiologue [OAI-B. _____ pces 1 p. 16, 26 et 57 p. 2] ; rapports des 29 et 30 mars 2012 du Dr K. _____, cardiologue [OAI-B. _____ pce 17 p. 2 ss] ; rapport médical d'hospitalisation du 29 novembre 2011 du Dr F. _____ [OAI-B. _____ pce 1 p. 19] ; rapports des 23 janvier 2012 et 19 juillet 2012 du Dr L. _____, médecin traitant spécialisé en médecine interne générale [OAI-B. _____ pce 1 p. 12 et pce 16]). Aussi, par décision du 11 février 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a-t-il rejeté, au stade de l'examen des mesures de réadaptation, la demande de prestations d'invalidité déposée le 9 juillet 2012 par A. _____, considérant qu'il avait affiché son désintérêt pour celles-ci en ne donnant aucune suite aux mesures d'instruction initiées par l'Office AI M. _____ (ci-après : OAI-M. _____) et qu'il ne réclamait par conséquent plus l'octroi de prestations d'invalidité (cf. rapport de clôture des mesures de réinsertion professionnelle du 5 décembre 2013 de l'Office AI M. _____ [OAI-B. _____ pces 1, 30 p. 2, 31, 32 et 36]).

B.c Dès le 6 avril 2016, A. _____ a subi une incapacité totale de travail à la suite d'une arythmie ventriculaire ayant nécessité l'implantation préventive d'un défibrillateur cardiaque (cf. rapport d'intervention du 12 avril 2016 du Dr N. _____, cardiologue [OAI-B. _____ pce 53 p. 14]). Le 20 juillet 2016, une coronarographie indiquée pour des douleurs thoraciques atypiques et peu claires a révélé une lésion intermédiaire de l'artère interventriculaire antérieure moyenne et une sténose significative de l'ostium de la première diagonale, nonobstant lesquelles il a été renoncé à une nouvelle intervention en raison de la cicatrice transmurale antérieure et de l'absence de viabilité de la zone, une optimisation du traitement médicamenteux ayant en revanche été préconisée (cf. rapport du 20 juillet 2016 du Dr

E. _____, cardiologue [OAI-B. _____ pce 53 pp. 7-8]). A la suite de l'incapacité totale de travail survenue dès le 6 avril 2016, A. _____ a déposé une seconde demande de prestations d'invalidité en date du 5 septembre 2016 (OAI-B. _____ pce 39).

B.c.a Par communication du 9 mai 2017 fondée sur un rapport du 5 avril 2017 clôturant la phase des mesures d'intervention précoce, l'Office AI de B. _____ (ci-après : OAI-B. _____ ou autorité d'instruction) a retenu que, sur le plan subjectif, l'assuré ne se considérait à moyen terme pas en mesure de prendre part à des mesures de réadaptation professionnelle, de sorte que l'instruction de son éventuel droit à une rente d'invalidité allait suivre et faire ultérieurement l'objet d'une décision séparée (OAI-B. _____ pces 58-59).

B.c.b Procédant à l'instruction du droit à la rente, l'OAI-B. _____ a recueilli, sur le plan économique, le « *Questionnaire pour employeur : intégration professionnelle / Rente* » établi le 28 août 2012 par C. _____ AG et le 11 mai 2017 par D. _____ AG (OAI-B. _____ pces 20 et 60), ainsi que deux déclarations d'employeur datées de janvier 2017 et retournées à la Caisse publique de chômage O. _____ par D. _____ AG d'une part et C. _____ AG d'autre part (OAI-B. _____ pce 57 pp. 8 ss).

B.c.c Sur le plan médical, l'autorité d'instruction a procédé aux investigations suivantes.

B.c.c.a Elle a recueilli l'avis du médecin de famille de l'assuré (cf. rapport du 6 juin 2017 du Dr L. _____ [OAI-B. _____ pce 62 pp. 2 ss]), ainsi que celui du cardiologue de ce dernier lequel rappelle que le patient présente une cardiopathie ischémique à FEVG altérée (35-40%) depuis 2009 ; qu'il est porteur d'un défibrillateur cardiaque depuis 2016 ; qu'il se plaint d'une dyspnée de degré II selon la Classification fonctionnelle de la New York Heart Association (ci-après : NYHA); que l'évaluation cardiologique est stable ; que le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire (cholestérol, tension artérielle, sevrage tabagique) est à poursuivre ; que le patient présente les risques de récurrence d'infarctus, d'insuffisance cardiaque et de trouble du rythme ventriculaire ; que toute activité lucrative impliquant des efforts de toute sorte, notamment le port de charges, et s'exerçant en hauteur ou sur des échafaudages – soit notamment celle de peintre en bâtiment – sont contre-indiquées en raison du risque de syncope et de chute, des tâches purement intellectuelles sans sollicitation physique restant envisageables (cf. rapports des 24 janvier 2017, 1^{er} juillet 2017, 20

février 2018 et 30 août 2018 du Dr E. _____ [OAI-B. _____ pces 57 pp. 2-5, 65, 73, 82]).

B.c.c.b L'autorité d'instruction a en outre requis l'avis de son Service médical régional (ci-après : SMR) qui a retenu un double infarctus du myocarde avec arrêt cardiaque réanimé, des troubles du rythme ventriculaire avec implantation d'un défibrillateur et cardiopathie ischémique à FEVG altérée entraînant une incapacité de travail de 100% depuis le 6 avril 2016 dans l'activité lucrative habituelle de peintre en bâtiment et de 100% du 6 avril 2016 au 31 août 2016 dans une activité lucrative physique légère, le patient disposant depuis le 1^{er} septembre 2016 d'une pleine capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à son état de santé (cf. rapports du Dr P. _____, spécialiste en médecine générale, des 11 décembre 2017, 25 janvier 2018 – établi après examen médical effectué sur la personne de l'assuré –, 6 avril 2018 et 10 septembre 2018 [OAI-B. _____ pces 67, 70, 75, 84]).

B.c.d Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI-B. _____ a notifié à l'assuré un projet de décision du 17 septembre 2018 préavisant le rejet de la seconde demande de prestations d'invalidité (OAI-B. _____ pce 85). Dans le cadre de la procédure d'audition qui s'en est suivie, l'assuré a produit :

- un certificat du 9 octobre 2018 du Dr Q. _____, généraliste, indiquant que le patient présente une cardiopathie ischémique avec FEVG altérée à la suite de deux infarctus survenus en 2009 et 2011 (avec arrêt cardiaque lors du 2^{ème} infarctus) ; que depuis 2016, il est porteur d'un défibrillateur sur arythmie ventriculaire ; que l'état de santé contre-indique toute reprise d'une activité professionnelle (OAI-B. _____ pce 91 p. 3) ;
- un certificat établi le 6 novembre 2018 par le Dr E. _____ indiquant que l'assuré est porteur d'une cardiopathie ischémique sévère secondaire à la survenue de deux épisodes d'infarctus de territoire antérieur, la FEVG étant altérée à 35% selon la dernière évaluation échocardiographie de 2018 ; que cette cardiopathie s'associe à un risque de mort subite significatif au regard de la FEVG et de la survenue d'une syncope avec exploration électrophysiologique péjorative ayant justifié l'implantation d'un défibrillateur en 2016, ainsi qu'à une dégradation de l'état fonctionnel avec dyspnée d'effort de degré II de la NYHA limitant de manière significative l'aptitude physique ; que cette cardiopathie sévère reste incompatible avec l'exercice du métier de peintre en bâtiment, les tâches en hauteur avec risque de chute et les efforts de toute

sorte, notamment le porte de charges, étant contre-indiqués (OAI-B. _____ pce 91 p. 2).

B.c.e Considérant que la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité lucrative de substitution demeurerait incertaine sur le plan quantitatif, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise monodisciplinaire en cardiologie (cf. rapport du 19 novembre 2018 du Dr P. _____ [OAI-B. _____ pce 92 p. 2-3]). Selon le rapport d'expertise établi consécutivement le 23 janvier 2019 par le Dr R. _____, cardiologue (OAI-B. _____ pce 101), A. _____ présente une maladie coronarienne tritonculaire entraînant depuis l'infarctus d'août 2011 une incapacité totale de travail dans le métier de peintre en bâtiment exercé précédemment. Depuis l'implantation d'un défibrillateur en avril 2016, il dispose en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé. Aux termes d'une prise de position SMR établie le 15 février 2019, le Dr P. _____ corrobore les conclusions de l'expert et préconise de confirmer le préavis (OAI-B. _____ pce 103).

B.c.f Se fondant sur l'avis SMR précité, l'OAI-B. _____ a derechef communiqué à l'assuré, le 21 mars 2019, un projet de décision préavisant le rejet de tout droit à une rente d'invalidité (OAI-B. _____ pce 105). Contestant ce dernier préavis, A. _____ a produit :

- une attestation – non datée – de la Dre S. _____, spécialiste en psychiatrie, indiquant avoir vu A. _____ en consultation à deux reprises depuis le 30 avril 2019 pour un syndrome anxiodépressif avec aboulie, de l'apragmatisme et des ruminations anxieuses, et lui avoir prescrit la prise de paroxétine 20, deux fois par jour (OAI-B. _____ pce 112 p. 4) ;
- un rapport du 17 juin 2019 du Dr T. _____, cardiologue, indiquant que l'assuré présente une cardiopathie ischémique connue depuis 2009 à la suite d'un infarctus du myocarde dans le territoire antérieur avec angioplastie et mise en place de deux stents nus sur l'artère interventriculaire antérieure ; qu'une coronarographie effectuée en avril 2019 montre une resténose intra stent de l'artère interventriculaire antérieure, une sténose significative d'une artère marginale et une occlusion de la coronaire droite, deux stents actifs sur l'artère interventriculaire antérieure et une dilatation de la première artère marginale avec mise en place d'un stent actif ; qu'en 2011, le patient a présenté une nécrose antérieure compliquée d'un arrêt cardiaque avec fibrillation ventriculaire, une coronarographie ayant révélé une thrombose du stent de l'artère interventriculaire antérieure proximale ; qu'en 2016, le

patient a bénéficié de l'implantation d'un défibrillateur cardiaque ; que désormais, il se plaint d'une dyspnée d'effort modérée et d'asthénie, sans douleur angineuse ; que l'auscultation cardiaque retrouve des bruits du cœur réguliers, sans souffles ; que l'échocardiographie retrouve une akinésie du septum et de l'apex, avec une FEVG évaluée à 35% ; qu'aucune fuite valvulaire n'est observée au doppler ; qu'au final, le patient présente le diagnostic de cardiopathie ischémique sévère avec akinésie du septum et de l'apex avec FEVG de 35% entraînant une incapacité totale de travail dans le métier de peintre en bâtiment (OAI-B. _____ pce 112 pp. 2-3) ;

- deux rapports des 25 juillet 2019 et 18 septembre 2019 du Dr U. _____, cardiologue, constatant que le patient présente une dyspnée d'effort de grade II NYHA en rapport avec la dysfonction systolique post infarctus, sans signe d'insuffisance cardiaque au repos ni séquelle neurologique de son arrêt cardiocirculatoire ; que l'électrocardiogramme identifie une séquelle d'infarctus du territoire antérieur ; que l'échographie cardiaque distingue une akinésie septo apicale avec une FEVG abaissée à 42% en rapport avec la séquelle du double infarctus myocardique ; qu'il n'y a pas d'autre anomalie, le sujet ne présentant en particulier pas d'hypertrophie pariétale ni de dysfonction diastolique, ni dilatation de l'oreillette gauche ; qu'à l'épreuve d'effort, le patient atteint 150W avec une fréquence cardiaque de 129 battements/min et une tension artérielle passée de 117 à 196/92, sans signe d'ischémie myocardique, seules quelques extrasystoles ventriculaires isolées apparaissant au repos et au début de l'effort ; qu'à dix ans de distance d'un infarctus du myocarde antérieur, le patient présente une gêne fonctionnelle de grade II, la situation cardiovasculaire étant stable depuis plusieurs années ; que le patient conservera une incapacité fonctionnelle liée à la dysfonction ventriculaire gauche résultant de deux accidents coronariens sur thrombose coronaire aiguë ; qu'au final, le patient présente une « *invalidité partielle* » en cas de reclassement professionnel envisageable respectivement une « *invalidité totale* » dans le cas contraire (OAI-B. _____ pce 115 p. 2).

B.c.g Invité à compléter son rapport d'expertise à l'aune des trois pièces médicales précitées, le Dr R. _____ indique que la nouvelle documentation médicale portée au dossier n'est pas de nature à modifier sa précédente évaluation de la capacité de travail de l'expertisé dans une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles retenues initialement (cf. complément d'expertise du 14 octobre 2019 [OAI-B. _____ pce 119]).

B.c.h Aux termes d'une prise de position SMR établie le 18 octobre 2019, le Dr P._____ constate que nonobstant la nouvelle documentation médicale produite en procédure d'audition par l'assuré, l'expert s'en tient à son évaluation cardiologique initiale. L'état cardiologique de l'expertisé était stable, de même que sa capacité de travail restait inexistante pour l'exercice de son ancien métier de peintre en bâtiment, mais entière pour celui d'une activité lucrative de substitution. Dans l'ensemble, l'appréciation de l'expert demeurait inchangée, nonobstant l'implantation de trois stents en avril 2019. Estimant que l'expertise cardiologique du Dr R._____ était convaincante, le Dr P._____ recommande de suivre l'évaluation initiale de la capacité de travail de l'assuré (OAI-B._____pce120]).

B.c.i Par décision du 4 novembre 2019, l'OAIE rejette la deuxième demande de prestations d'invalidité de l'assuré. Se fondant sur l'évaluation médicale du SMR, l'autorité inférieure considère que l'état de santé de l'assuré ne permet plus l'exercice du métier de peintre en bâtiment, mais permet en revanche l'exercice à plein temps d'une activité physique légère à moyennement lourde par intermittence, dépourvue de stress, sans port ni soulèvement de charges dépassant 10kg. La comparaison des revenus avec et sans invalidité de CHF 67'102.- respectivement CHF 66'836.- laisse transparaître un degré d'invalidité de 0% n'ouvrant aucun droit à la rente (OAI-B._____ pce 123).

C.

C.a Par écriture postée le 27 novembre 2019 (date du timbre postal), A._____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) à l'encontre de la décision précitée dont il réclame implicitement l'annulation en concluant à l'octroi d'une rente correspondant à une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle depuis l'implantation de son défibrillateur cardiaque en avril 2016 (TAF pce 1). A l'appui de son recours, il joint une série de rapports médicaux (cf. bordereau de pièces [ci-après : Rec.]).

C.b Par réponse du 5 mars 2020, l'OAIE conclut au rejet du recours, se fondant sur la prise de position établie le 3 mars 2020 par l'OAI-B._____ (TAF pce 6).

C.c Invité à répliquer par ordonnance du 16 mars 2020 dûment notifiée au recourant, ce dernier n'y a pas donné suite, de sorte que le Tribunal a clos l'échange d'écritures par ordonnance du 12 juin 2020 (TAF pces 7-9).

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants qui suivent.

Droit :**1.**

1.1 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 ainsi que 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 acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA, les dispositions de cette loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

2.

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 ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e 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 ; 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 (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e 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, 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e 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 TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.

3.1 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 de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1, 144 V 210 consid. 4.3.1, 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 4 novembre 2019, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

3.2 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 4 novembre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1, 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 en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

3.3 Le recourant étant un ressortissant français domicilié en France voisine, ayant travaillé en Suisse entre 2000 et 2016, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81 en particulier consid. 8.1, 141 V 521 consid. 4.3.2). 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), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, 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 1^{er} 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 TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

3.4 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. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (art. 40 al. 2 RAI). En l'espèce, l'assuré était domicilié en France, à (...), à l'époque de la survenance de son incapacité de travail en avril 2016 et du dépôt de la demande de prestations le 5 septembre 2016. Il travaillait alors en Suisse, dans le canton de (...). Partant, l'assuré dispose du statut de frontalier et c'est à juste titre que l'Office AI du canton B._____ a procédé à

l'instruction de la demande de prestations de l'assuré, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

4.

4.1 En l'espèce, l'OAIE a rejeté la deuxième demande de prestations d'invalidité déposée par l'assuré, la perte de gain résultant de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à la coronaropathie dont ce dernier est porteur depuis 2009 étant insuffisante pour lui ouvrir le droit à une rente (cf. décision du 4 novembre 2019).

4.2 Le recourant, qui conteste cette décision, conclut à l'octroi d'une rente entière compte tenu de la pathologie coronarienne tritonculaire dont il souffre, des contrôles médicaux réguliers ainsi que du traitement thérapeutique qu'il doit suivre, lesquels contre-indiquent, selon lui, l'exercice de toute activité professionnelle.

4.3 L'OAIE conclut au rejet du recours. Se fondant sur la prise de position de l'OAI-B. _____ du 3 mars 2020, l'autorité inférieure considère que l'assuré allègue une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative sans discuter les conclusions du SMR ni celles de l'expert. Elle ajoute que le recourant produit en procédure de recours des rapports médicaux sur lesquels le SMR et l'expert se sont déjà exprimés. Elle souligne en particulier que le rapport d'expertise ne saurait être remis en cause par le fait que le recourant a présenté en avril 2019 une sténose/resténose ayant impliqué la pose de trois stents postérieurement à l'établissement du rapport d'expertise. En effet, l'assuré présentait depuis plusieurs années une dyspnée à l'effort de degré II NYHA – correspondant à une légère insuffisance cardiaque sans douleurs au repos ou compatible avec de faibles sollicitations – en présence d'un état cardiologique stable et sans restriction cardiaque au repos permettant l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée. L'autorité inférieure ajoute que même si elle a déterminé le revenu sans invalidité sur la base d'un salaire du secteur de la construction du niveau de compétence 1 issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires au motif que le dernier emploi de l'assuré au service d'une agence de placement de personnel a été de courte durée, il n'en résulte pas d'augmentation décisive du degré d'invalidité. Enfin, elle rappelle que l'application d'un abattement du revenu d'invalidé ne se justifie pas déjà du fait que seules des activités lucratives légères sont accessibles à l'assuré, avant d'ajouter qu'en l'occurrence, l'octroi d'un tel abattement n'aurait en tout état aucune incidence sur l'issue du litige.

4.4 L'objet du présent litige, circonscrit par la décision litigieuse et par le recours, porte sur le droit éventuel du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

5.

Tout-e requérant-e, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'occurrence, il est établi que le recourant s'est acquitté entre 2000 et 2016 de 162 mois de cotisations AVS/AI, de sorte qu'il remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations (cf. extrait du compte individuel [OAI-B. _____ pce 61]). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (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. L'assurance-invalidité a donc pour objectif principal l'atténuation des conséquences économiques de l'atteinte à la santé physique ou psychique. En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase, LPGA ; ATF 137 V 334 consid. 5.2 ss., 116 V 246 consid. 1b). Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être

exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase, LPGGA).

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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) 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 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]).

6.3 En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

6.3.1 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 147 V 167 consid. 4.1, 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêts du TF 9C_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2, 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2, 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71, 125 V 368 consid. 2 ; arrêt du TF 9C_351/2020 du 21 septembre 2020 consid. 3.1).

6.3.2 Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

6.3.2.1 Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n^{os} 11 ss). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées).

6.3.2.2 Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Une communication au sens des art. 74^{ter} let. f et art. 74^{quater} al. 1 RAI avec laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références citées). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 les réf. cit.).

6.4 Aux termes de la décision litigieuse du 4 novembre 2019, l'OAIE a rejeté une seconde demande de prestations d'invalidité déposée le 5 septembre 2016 par le recourant. Dans le cadre d'une première demande de prestations d'invalidité déposée le 18 juin 2012, l'OAIE avait circonscrit son examen, initié dans le cadre d'une procédure d'intervention précoce, à celui du droit éventuel de l'assuré à des mesures professionnelles et, par décision du 11 février 2014, lui avait dénié un tel droit pour le motif qu'il avait renoncé à requérir l'octroi de prestations d'invalidité après qu'il n'avait donné aucune suite aux mesures d'instruction de l'OAI-M._____ (cf. OAI-B._____ pce 36). Ce faisant, l'autorité inférieure avait rendu sa décision du 11 février 2014 sans procéder à un examen matériel du droit aux

prestations d'invalidité de l'assuré, dès lors qu'elle s'était bornée à constater que celui-là avait renoncé à requérir des mesures professionnelles après qu'il n'avait donné aucune suite aux mesures d'instruction correspondantes initiées par l'OAI-M._____. Par conséquent, il y a lieu d'examiner la deuxième demande de prestations d'invalidité de l'assuré sans examiner si son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits depuis la première demande de prestations respectivement depuis la décision du 11 février 2014.

7.

7.1 A l'appui de la décision litigieuse, l'OAIE s'est fondé sur les prises de position SMR établies par le Dr P._____ les 15 février 2019 et 18 octobre 2019, elles-mêmes fondées sur le rapport d'expertise du Dr R._____ daté du 23 janvier 2019 et complété le 14 octobre 2019 dont il y a lieu d'examiner la valeur probante, celle-ci étant mise en cause par le recourant.

7.2 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, 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 TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit., 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 33).

7.3 En l'occurrence, l'expert R._____, spécialiste en cardiologie, dresse les constats suivants dans son rapport du 23 janvier 2019 complété le 14 octobre 2019 (OAIE pces 101 et 119).

7.3.1 L'expertisé rapporte que ni sa mère, sa sœur et son frère ne présentent d'antécédent cardiaque, tandis que son père, décédé à 81 ans d'une trachéotomie et d'un carcinome du pharynx, a subi l'implantation d'un stent coronaire à l'âge de 79 ans. Hormis une hernie discale lombaire survenue en 2016 traitée par infiltration sans chirurgie, l'expertisé a toujours

bénéficié d'une bonne santé générale jusqu'à l'apparition des premiers troubles cardiaques durant l'été 2008. Compte tenu des sévères atteintes cardiaques qui s'en sont suivies, il se plaint désormais d'une fatigue générale. Les efforts l'essoufflent et le saisissent de forts tremblements, en particulier dans les mains, tandis que les efforts importants (randonnée en montagne, vélo et marche rapide) lui causent dyspnée, vertiges et pression dans la tête. En cas d'efforts, le stress le gagne rapidement car il redoute un nouvel infarctus potentiellement fatal, après la réanimation dramatique subie en 2011. Depuis l'incapacité totale de travail survenue en avril 2016, il ne s'estime plus capable d'effectuer un travail physique moyennement lourd. Si l'accomplissement de travaux légers lui semble envisageable, la perspective d'une nouvelle activité lucrative inconnue l'angoisse et lui occasionne un stress important avec une augmentation de la pression artérielle qui induit un risque d'infarctus du myocarde.

7.3.2 A l'examen, l'expert observe un sujet présentant un très bon rapport affectif et décrivant ses plaintes de manière adéquate et crédible. Sa crainte de subir un nouvel arrêt cardiaque potentiellement mortel est omniprésente. Pour autant, il n'apparaît pas dépressif. Sa condition nutritionnelle est bonne et sa musculature, adéquate. Sa pression artérielle est mesurée à 157/83 mmHg, tandis que sa pulsation cardiaque s'élève à 67 battements par minute. Les bruits cardiaques sont bien frappés, sans souffles. Aucun œdème au niveau des jambes, pas de reflux hépato-jugulaire ni de signe d'œdème dans le murmure vésiculaire ne sont identifiés. L'électrocardiogramme au repos révèle des intervalles de battements normaux, sans extrasystole, mais une progression non-harmonieuse des ondes R V1-V3 et des ondes T négatives V3-V6 significative d'une lésion transmurale de l'apex et du septum. L'échocardiographie mesure une FEVG moyennement altérée à 36%, sans anomalie, avec fonction diastolique normale, et dépiste une légère sclérose des valves aortiques, sans hypertension artérielle pulmonaire ni signe de décompensation cardiaque. A la spiro-ergométrie, l'expertisé atteint 68% de la performance attendue, sans signe d'ischémie ou d'arythmie.

7.3.3 Procédant à l'anamnèse médicale du sujet, l'expert rappelle que ce dernier a subi les multiples atteintes suivantes :

- en février 2009, l'expertisé a connu un premier infarctus du myocarde de territoire antérieur ; moyennant l'implantation de 2 stents dans l'artère interventriculaire antérieure, les douleurs thoraciques respectivement l'angine de poitrine ont totalement disparu et l'assuré a pu

reprendre à plein temps son travail – physiquement exigeant – de peintre en bâtiment ;

- en avril 2009, une coronarographie de contrôle a révélé une maladie coronarienne tritronculaire avec resténose de l'artère interventriculaire antérieure, une sténose significative de l'artère marginale ainsi qu'une occlusion de l'artère coronaire droite ; deux stents ont été implantés dans l'artère interventriculaire antérieure et un stent a été implanté dans l'artère marginale, l'occlusion de l'artère coronaire droite ayant été laissée en l'état ;
- le 6 août 2011, l'assuré a subi un second infarctus aigu du myocarde de territoire antérieur avec arrêt cardiocirculatoire sur fibrillation ventriculaire et réanimation ; une coronarographie d'urgence a mis en évidence une thrombose de l'artère interventriculaire antérieure proximale traitée par thromboaspiration et implantation d'un stent ; aucun déficit neurologique persistant n'a été déploré ; la fonction d'éjection ventriculaire gauche était alors de 40% ;
- le 28 mars 2012, un examen cardiologique a décelé une intolérance à l'effort et une dyspnée de degré II NYHA ; une échocardiographie a révélé une diminution modérée de la fonction ventriculaire gauche avec une FEVG de 42% et akinésie antérieure septale apicale ; une spirométrie a indiqué que l'assuré était capable de fournir un effort de 173 watts ; au regard des antécédents dramatiques, l'évolution était satisfaisante dans l'ensemble, l'assuré n'étant cependant plus capable de travailler comme peintre en bâtiment, un métier physiquement pénible ; l'assuré était néanmoins en mesure de gérer sa vie quotidienne de manière autonome, d'effectuer des travaux légers, des courses légères et des promenades ; des travaux de bureau légers et non stressants pouvaient être accomplis à 100% à raison de 8 à 9 heures par jour ;
- en avril 2012, un contrôle cardiologique a affiché une FEVG de 45% ; compte tenu de l'évolution favorable de l'état de santé nonobstant cette FEVG légèrement limitée, l'activité professionnelle de peintre en bâtiment ne semblait pas contre-indiquée ;
- en mars 2014, une échocardiographie de stress n'a pas révélé d'ischémie significative induite par l'effort avec une FEVG à 40% ;

- en avril 2016, l'assuré a signalé des palpitations associées à des tremblements et à des vertiges croissants ; une exploration électrophysiologique a reproduit des arythmies ventriculaires notables, de sorte qu'un défibrillateur cardiaque automatique lui a été préventivement implanté le 12 avril 2016 ; depuis, aucun choc ni stimulation anti-tachycardiques n'ont été déclenchés ;
- en juillet 2016, l'assuré a été examiné pour des douleurs thoraciques atypiques et peu claires ; une nouvelle coronarographie a révélé une artère interventriculaire antérieure au niveau de l'implantation des stents ouverte, une nouvelle sténose moyenne de 50% environ au milieu de l'artère interventriculaire antérieure proximale ainsi qu'une sténose ostiale de 50 à 70% sur la première branche diagonale ; en raison de la cicatrice transmurale antérieure et de l'absence de viabilité de la zone, il a été renoncé à une nouvelle intervention et une optimisation du traitement médicamenteux a été préconisée ;
- le 4 juillet 2017, une échocardiographie a confirmé les résultats précédents avec une FEVG de 35-40% ;
- le 20 février 2018, un contrôle cardiologique a révélé une nouvelle sténose de 50% de l'artère carotide interne, nonobstant laquelle l'état de santé cardiologique a été considéré comme stable ;
- le 28 mai 2018, une échocardiographie et une spiro-ergométrie ont révélé une FEVG de 35% respectivement une capacité d'effort jusqu'à 150 watts correspondant à 75% de la capacité théorique correspondant à l'âge.

7.3.4 En conclusion, l'expert retient les diagnostics suivants :

- *sans* répercussion sur la capacité de travail :
 - o statut post abus de nicotine,
 - o hypercholestérolémie,
 - o hypertension artérielle,
 - o hernie discale lombaire ;
- *avec* répercussion sur la capacité de travail : une maladie coronaire tritronculaire évoluant dans le contexte suivant :
 - o dyspnée de degré II selon NYHA (2008-2009),

- status post infarctus aigu du myocarde de territoire antérieur avec angioplastie et implantation de deux stents nus au niveau de l'artère interventriculaire antérieure (coronarographie, février 2009),
- resténose intra-stent de l'artère interventriculaire antérieure, sténose de l'artère marginale et occlusion de l'artère coronaire droite avec angioplastie et implantation de deux stents dans l'artère interventriculaire antérieure et d'un stent dans l'artère marginale (coronarographie, avril 2009),
- status post nouvel infarctus du myocarde de territoire antérieur avec fibrillation ventriculaire et réanimation – sans déficit neurologique – sur thrombose intra-stent de l'artère interventriculaire antérieure traitée par thrombo-aspiration et angioplastie, suivie d'une FEVG modérément altérée à 40% (coronarographie d'urgence, 6 août 2011),
- FEVG à 40% sans ischémie cardiaque significative (échocardiographie de stress, mars 2014),
- arythmie ventriculaire avec implantation d'un défibrillateur cardiaque (exploration électrophysiologique, mars 2016),
- stents ouverts et sténoses non-significatives de l'artère interventriculaire antérieure moyenne et de l'ostium de la première diagonale, sans nécessité d'intervention (coronarographie de contrôle, juillet 2016),
- FEVG altérée oscillant entre 35%-40% mais néanmoins stable au cours des dernières années, fonction diastolique normale, sans dysfonctionnement (échographie, janvier 2019),
- endurance significativement réduite de 68% par rapport à la performance attendue, sans signe d'ischémie ni d'arythmie (spiro-ergométrie, janvier 2019).

L'expert explique que la cardiopathie a été traitée *lege artis*. En outre, l'assuré a bénéficié de trois programmes de réhabilitation cardiaque effectués du 7 octobre au 8 novembre 2011, du 25 février au 4 avril 2013 et du 9 avril au 17 mai 2018, dont l'effet à long terme s'est révélé décevant. En effet, l'assuré est demeuré sportivement inactif, de sorte que les programmes de réhabilitation cardiaque n'ont induit aucune amélioration significative de l'état de santé ou du renforcement physique, ni aucune diminution de l'anxiété à la perspective d'un nouvel infarctus du myocarde susceptible de se révéler fatal. La persistance d'une dyspnée d'effort de degré II NYHA ainsi que d'une endurance à l'effort réduite entraînent depuis le mois d'août 2011

une incapacité totale de travail de l'assuré dans son ancien métier physiquement lourd de peintre en bâtiment. Depuis l'implantation d'un défibrillateur en avril 2016, l'expertisé présente en revanche une capacité entière de travail dans une activité lucrative physiquement légère voire – de manière répétitive, par intermittence et pour une durée limitée de 5-10 minutes – moyennement lourde, sans soulèvement ni port de charges excédant 10 kg, s'exerçant sans stress, sans exigences intellectuelles élevées, d'apprentissage rapide afin de réduire la période de stress, sans sollicitations mécaniques pour le défibrillateur ni exposition aux champs magnétiques, sans positionnements ni environnements dangereux tels que des échafaudages et des échelles. L'assuré, qui a toujours travaillé comme peintre en bâtiment et qui n'a accompli aucune formation professionnelle complémentaire après son apprentissage, possède peu de notions en informatique et en allemand, de sorte qu'il s'imagine mal exercer un travail différent. Cette dernière perspective génère un stress important venant s'ajouter à une anxiété préexistante, de sorte que les ressources de l'assuré sont considérées comme étant assez limitées. L'expert constate enfin qu'aucune mesure thérapeutique n'est indiquée, la thérapie médicamenteuse se déroulant *lege artis*. Il ne saurait d'avantage indiquer la mise en œuvre d'une réhabilitation cardiaque supplémentaire, l'assuré devant se motiver par lui-même à être physiquement actif à domicile.

7.4

7.4.1 Cela étant, il apparaît que l'expertise du Dr R. _____ a été réalisée par un spécialiste en cardiologie, lequel dispose des qualifications requises pour évaluer les troubles cardiaques présentés par le recourant respectivement la capacité résiduelle de travail de ce dernier. Elle repose sur une anamnèse médicale, personnelle, familiale, sociale et professionnelle complète (ch. 3 pp. 5-11 du rapport d'expertise). Celle-ci a pu être conduite en français, sans que le recours à un interprète ne soit nécessaire, seules quelques expressions techniques ayant été utilisées en allemand. Elle prend en compte les plaintes subjectives du recourant, notamment sa crainte d'être victime d'un nouvel infarctus. Elle est fondée sur un examen clinique, un électrocardiogramme au repos, une échocardiographie trans-thoracique et une spiro-ergométrie, tous pratiqués le 23 janvier 2019.

7.4.2 En outre, l'expert s'est prononcé sur la base de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier. En particulier, il a complété son rapport initial à l'aune des rapports médicaux produits ultérieurement par le recourant, à savoir ceux du Dr U. _____ des 25 juillet 2019 et 18 septembre 2019 ainsi que du Dr T. _____ du 17 juin 2019. S'agissant de ce

dernier, le Tribunal est d'avis que le Dr T. _____ y retient faussement qu'« en avril 2019, la coronarographie montre une resténose intra-stent de l'IVA, sténose significative d'une artère marginale et occlusion de la coronaire droite, deux stents actifs sur l'IVA et dilatation de la première marginale avec mise en place d'un stent actif ». En effet, ces constats médicaux – que le rapport du Dr T. _____ du 17 juin 2019 insère dans l'anamnèse médicale du patient immédiatement après l'infarctus de février 2009 et celui de 2011 – correspondent en tous points aux diagnostics posés – resténose intra-stent de l'artère interventriculaire antérieure, sténose significative de l'artère marginale, occlusion de l'artère coronaire droite – et aux traitements pratiqués – nouvelle angioplastie avec implantation de deux stents actifs au niveau de l'artère interventriculaire antérieure et d'un stent actif au niveau de la première artère marginale – en avril 2009 (cf. *supra* let. B.a). Aussi le Tribunal retient-il que les constats médicaux imputés par le rapport du 17 juin 2019 du Dr T. _____ à avril 2019, l'ont été à tort à la suite d'une erreur de plume (2019 au lieu de 2009) et correspondent bien plutôt à l'atteinte tritronculaire diagnostiquée en avril 2009. Partant, l'appréciation de l'expert selon laquelle le recourant présente des troubles cardiaques stabilisés n'est pas sujette à caution.

7.4.3 Par ailleurs, trois documents médicaux n'ont pas été transmis à l'expert :

- le premier document concerne la seconde page du rapport de réentraînement à l'effort du 28 mai 2018 du Dr V. _____, cardiologue (Rec. pce 11; OAI-B. _____ pce 73 p. 8). Celui-ci rapporte un excellent bénéfice tiré par l'assuré du réentraînement à l'effort effectué du 9 avril au 17 mai 2018, de sorte qu'il confirme les considérations de l'expert selon lesquelles une activité physique serait bénéfique pour l'expertisé, tant pour augmenter sa capacité de rendement que pour diminuer sa crainte d'un nouvel infarctus (cf. *supra* consid. 7.3.4 *in fine*) ;
- le deuxième document – qui détaille l'hospitalisation de l'assuré en avril 2016 en vue de l'implantation d'un défibrillateur (Rec. pces 6-6c) – n'était d'aucune utilité à l'expert dès lors que ce dernier disposait du rapport d'intervention « *Défibrillateur - Primo Implantation* » du 12 avril 2016 (cf. OAI-B. _____ pce 101 p. 4) ;
- le troisième document – qui se rapporte à l'hospitalisation du recourant en juillet 2016 pour une coronarographie programmée (Rec. pces 8-8c) – n'était pas d'avantage utile à l'expert, ce dernier disposant du rapport de coronarographie du 20 juillet 2016 (cf. OAI-B. _____ pces 53 p. 7 et 101 p. 4).

Il apparaît ainsi que ces documents ne contiennent aucun élément que l'expert aurait ignoré, de sorte que le défaut de leur transmission à l'expert est sans incidence sur son appréciation finale de la capacité résiduelle de travail de l'expertisé.

7.4.4 Pour le reste, l'expert détaille de façon convaincante les limitations fonctionnelles de l'assuré. Il retient en particulier que l'activité de substitution raisonnablement exigible ne doit pas être stressante, d'un apprentissage rapide et ne pas nécessiter des compétences intellectuelles élevées. Cela étant, il tient ainsi compte en particulier de l'angoisse ressentie par l'expertisé à l'idée qu'un nouveau travail lui cause un stress important favorisant le risque d'un nouvel infarctus, non sans pour autant souligner que l'absence de pratique sportive ne favorise ni une amélioration significative de l'état de santé ni celle d'un renforcement physique, pas plus qu'elle ne diminue l'anxiété à la pensée d'être victime d'un nouvel infarctus du myocarde susceptible de se révéler fatal. L'expert a également tenu compte des aptitudes limitées du recourant en informatique et en allemand respectivement de ses faibles ressources pour retenir une activité lucrative de substitution sans compétences intellectuelles élevées. Enfin, l'appréciation de l'expert selon laquelle l'exercice d'une activité légère à plein temps est compatible avec une dyspnée de degré II NYHA et une FEVG altérée de 35% à 40% ne prête pas d'avantage flanc à la critique à la lumière de la jurisprudence fédérale selon laquelle de telles limitations sur le plan cardiaque permettent d'effectuer des activités légères à temps complet (cf. arrêt du TF 8C_495/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4 ; arrêts du TAF C-1940/2015 du 26 février 2016 consid. 8.4, C-4950/2012 du 7 novembre 2014 consid. 10.3.4, C-2350/2013 du 8 juillet 2014 let. C et consid. 8.4, C-2708/2012 du 21 octobre 2013 consid. 9.1-9.4, C-2552/2011 du 18 janvier 2012 consid. 10.2.3-10.2.4).

7.4.5 Sur le vu de ce qui précède, les conclusions claires et dûment motivées de l'expert au sujet de l'atteinte coronaire tritronculaire et de la capacité résiduelle de travail du recourant sont fondées sur une évaluation médicale opérée par un spécialiste ainsi que sur une appréciation exhaustive des pièces au dossier. Le rapport d'expertise du Dr R. _____ établi le 23 janvier 2019 et complété le 14 octobre 2019 réunit ainsi les exigences formelles posées par la jurisprudence (cf. *supra* consid. 7.2), de sorte qu'il convient de lui reconnaître pleine valeur probante.

8.

8.1 Se fondant sur les conclusions dudit rapport, l'autorité inférieure oppose au recourant une capacité entière de travail dans une activité lucrative adaptée à ses troubles cardiaques. L'assuré conteste cette conclusion en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants.

8.2 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 et 3c). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un·e spécialiste reconnu·e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert·e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3 Aux termes du rapport d'expertise, l'assuré présente une maladie coronaire tritronculaire évoluant depuis 2008, avec une dyspnée à l'effort de degré II NYHA, un status post deux infarctus survenus en 2009 et 2011, un status post implantation de plusieurs stents en 2009 respectivement 2011 et d'un défibrillateur en avril 2016, une fraction d'éjection ventriculaire gauche moyennement altérée entre 35% et 40%, ainsi qu'une endurance sur vélo ergométrique nettement limitée à 68% de la performance attendue. Ces constats médicaux entraînent depuis avril 2011 une incapacité totale de travail du recourant dans son ancien métier de peintre en bâtiment. Par contre, l'exercice à 100% d'une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement établies est exigible de la part de l'assuré depuis avril 2016.

8.3.1 Les diagnostics de maladie coronaire tritronculaire avec dyspnée à l'effort de degré II NYHA ainsi que l'incapacité totale et définitive du recourant d'exercer son ancien métier de peintre en bâtiment retenus par l'expert sont corroborés de manière unanime par l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier (cf. rapports du Dr F. _____ du 29 novembre 2011 [OAI-B. _____ pce 17 p. 19], du Dr E. _____ du 20 février 2018 [OAI-B. _____ pces 82 p. 4], du Dr T. _____ du 17 juin 2019 [OAI-B. _____ pce 111 p. 2], du Dr U. _____ du 18 septembre 2019 [OAI-

B. _____ pce 115 p. 2] et certificat médical du Dr E. _____ du 6 novembre 2018 [OAI-B. _____ pce 91 p. 2).

8.3.2 Par contre, le recourant conteste disposer d'une quelconque capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à son état de santé. Son point de vue ne saurait l'emporter, aucun des spécialistes en cardiologie ne retenant une incapacité de travail du recourant dans une activité lucrative adaptée à son état de santé. En particulier, la capacité résiduelle de travail retenue par l'expert n'est aucunement infirmée mais bien plutôt confirmée par les avis spécialisés en cardiologie figurant au dossier. En effet, le Dr E. _____ indique que la cardiopathie sévère est compatible avec une activité purement intellectuelle sans sollicitation physique (cf. certificat médical du 30 août 2018 [OAI-B. _____ pce 82 p. 10]), mais incompatible avec les tâches en hauteur avec risque de chute et les efforts de toute sorte, notamment le port de charge (cf. certificat médical du 6 novembre 2019 [OAI-B. _____ pce 91 p. 2]). Le Dr T. _____ qui retient une incapacité totale de travail dans le métier de peintre en bâtiment (cf. rapport du 17 juin 2019 [OAI-B. _____ pce 112 p. 3]) n'exclut pas pour autant l'exercice à 100% d'une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles induites par l'ischémie de l'assuré. Enfin, le Dr U. _____ qui indique que le patient conservera une incapacité fonctionnelle liée à la dysfonction ventriculaire gauche et retient une « *invalidité partielle* » en cas de reclassement professionnel respectivement une « *invalidité totale* » dans le cas contraire (cf. rapports des 25 juillet 2019 et 18 septembre 2019 [OAI-B. _____ pces 113 p.2 et 115 p. 2]) n'exclut aucunement l'exercice à temps plein d'une activité lucrative adaptée aux troubles cardiaques et en particulier à une dyspnée de degré II NYHA, cette classification signifiant que le patient présente une limitation légère aux activités physiques ordinaires (dyspnée, fatigue, palpitations) sans symptôme au repos (arrêt du TAF C-2752/2012 du 27 juin 2013 consid. 9.2 ; cf. « <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure> » et « https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/insuffisance_cardiaque_chronique_arce.pdf », consultés le 12 février 2024). Seul le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, considère que l'état de santé de son patient contre-indique toute reprise d'une activité professionnelle (certificat médical du 9 octobre 2018 [OAI-B. _____ pce 91 p. 3]). Cet avis isolé et exprimé par un généraliste – et non par un cardiologue – doit être apprécié avec réserve en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (ATF 135 V 465 c. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

8.3.3 Au demeurant, le recourant ne saurait se prévaloir avec succès d'un trouble psychique invalidant en se fondant sur l'attestation de la Dre S. _____, laquelle indique avoir vu l'assuré à deux reprises depuis le 30 avril 2019 en raison d'un syndrome anxio-dépressif avec aboulie et apragmatisme et lui avoir prescrit de la paroxétine (OAI-B. _____ pce 111 p. 4). Cette attestation ne porte aucune mention d'une incapacité de travail corrélative aux diagnostics qu'elle pose. En outre, elle a été établie par la psychiatre traitante de l'assuré de sorte qu'il y a lieu de la considérer avec réserve en raison du mandat thérapeutique unissant le médecin au patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Enfin, cette attestation, isolée au dossier et corroborée par aucune autre pièce médicale susceptible de documenter un trouble psychique, ne saurait suffire à justifier un complément d'instruction, en particulier à la lumière d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs standards (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 145 V 361 consid. 3.1). C'est ainsi à juste titre que le SMR a écarté ce rapport sans autre mesure d'instruction sur le plan psychique (cf. rapport SMR du Dr P. _____ du 11 octobre 2019 [OAI-B. _____ pce 117]).

8.4 Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a évalué le degré d'invalidité du recourant sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles médicalement retenues depuis avril 2016, à savoir l'exercice répété d'un travail léger voire moyennement lourd de façon intermittente pendant une durée de 5 à 10 minutes, sans soulèvement ni port de charges de plus de 10kg, sans stress, sans exigences intellectuelles élevées, d'apprentissage rapide, sans sollicitation mécanique du défibrillateur ni exposition aux champs magnétiques, sans positions ou environnements dangereux comme les échafaudages et les échelles.

9.

Il reste à calculer le taux d'invalidité du recourant.

9.1 Pour calcul ce dernier, l'OAIE a retenu un revenu sans invalidité de CHF 66'836.- correspondant au salaire réalisé par l'assuré auprès de son dernier employeur. Quant au salaire d'invalidité, il l'a fixé à CHF 67'102.- sur la base des valeurs statistiques et d'un abattement de 0%. La comparaison des gains ainsi déterminants en 2017 a abouti à un taux d'invalidité de 0%, inférieur au taux de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Ce faisant, l'OAIE a appliqué de manière ni contestée ni contestable la méthode générale de comparaison des revenus, laquelle est applicable lorsque –

comme en l'espèce – l'assuré exerçait une activité lucrative à temps complet lors de la survenance l'atteinte à la santé. En effet, au moment de la survenance de son incapacité de travail en avril 2016, l'assuré était au bénéfice d'un contrat de travail à plein temps – huit heures par jour, 40 heures par semaines – auprès de D. _____ AG (OAI-B. _____ pces 57 p. 8 et 60 p. 2). Il a également déclaré, lors de l'expertise, avoir toujours travaillé à 100% (OAI-B. _____ pce 101 p. 9). Enfin, au stade de l'examen des mesures de réadaptation, il a expliqué à l'OAI-B. _____ espérer pouvoir reprendre le travail et ne pas vouloir percevoir une rente d'invalidité (OAI-B. _____ pce 54 p. 2).

9.2

9.2.1 En application de la méthode générale de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI), le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (*revenu sans invalidité*) 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 du travail équilibré (*revenu avec invalidité*). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

9.2.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. Les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêts du TF 8C_132/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.1, 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

9.2.3 Le revenu *sans invalidité* doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne

sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28, consid. 3.3.2, 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

9.2.4 Le revenu *d'invalidé* doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative ou si elle n'a repris aucune activité lucrative adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit., 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa)]. Il y a lieu de se référer en principe aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). Il convient enfin d'adapter les salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2)

9.2.4.1 Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétences ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44), du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques ou manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs·trices, les cadres de direction et les gérant·e·s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2

se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêts du TF 8C_268/2021 du 15 octobre 2021 consid. 3.2.1, 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et les réf. cit.). Si la personne assurée ne peut plus effectuer l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité, l'application du niveau de compétence 2 se justifie uniquement si elle dispose de compétences ou de connaissances particulières (arrêt du TF 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.4 et les ref. cit.). En règle générale, il y a lieu de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1_tirage_skill_level : « *Salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe, Secteur privé* » de l'ESS, ligne « *Total secteur privé* » (valeur dite centrale [médiane] ; ATF 142 V 178 consid. 2.5, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret afin de permettre à la personne assurée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne assurée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2).

9.2.4.2 Dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé·e·s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible et ne pouvant pas dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.4, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b, 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêts du TF 8C_82/2019 du 19 septembre 2019 consid. 6.2.2, 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge

des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

9.3

9.3.1 En l'espèce, le recourant a déposé une seconde demande d'invalidité le 5 septembre 2016 (OAI-B. _____ pce 39). En application du délai de carence formel de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, le début du droit au versement de la rente pouvait intervenir au plus tôt le 1^{er} mars 2017 (cf. arrêt du TF 8C_54/2019 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.2). Néanmoins, l'incapacité de travail litigieuse remonte au 6 avril 2016 (OAI-B. _____ pces 39 et 60), de sorte que le droit à une rente d'invalidité peut prendre naissance au plus tôt en avril 2017, le droit hypothétique à la rente d'invalidité naissant au terme d'une incapacité de travail de 40% au moins durant une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI ; *supra* consid. 6.2). Ce moment est donc déterminant pour procéder à la comparaison des revenus.

9.3.2 Pour déterminer le revenu sans invalidité de CHF 66'836.-, l'autorité inférieure s'est fondée sur le dernier salaire horaire réalisé par l'assuré. Se référant aux informations fournies par l'employeuse (OAI-B. _____ pce 60 pp. 4 et 8), elle a retenu que l'assuré percevait, en 2016, un salaire horaire de CHF 35.- incluant un salaire de base pour une journée de 8 heures de travail de CHF 28.29 + une indemnité de vacances de CHF 3.01 + une indemnité pour les jours fériés de CHF 1.01 + une part au 13^{ème} salaire/gratification de CHF 2.69 (OAIE pces 40 et 60 p. 4-5). Elle a multiplié le salaire journalier ainsi obtenu de CHF 280.- par 21.7 jours travaillés dans un mois (cf. art. 40a de l'ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité [ordonnance sur l'assurance-chômage, OACI ; RS 837.02] ; voir également arrêt du TF du 8 avril 2002 I 305/00 consid. 2b/cc). Le salaire mensuel en résultant s'élève ainsi à CHF 6'076.- (CHF 35.- x 8h x 21,7 jours). Pour obtenir le revenu annuel, l'autorité intimée a multiplié à juste titre le salaire mensuel par 11 mois au lieu de 12 mois, une indemnité pour les vacances et les jours fériés étant incluse dans le salaire horaire (arrêt du TF I 411/02 du 5 février 2003 consid. 4.1). Il en résulte un revenu sans invalidité annuel de CHF 66'836.- (CHF 6'076.- x 11 mois), qu'il convient d'indexer à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes (variation de +0.4% entre 2016 et 2017 [cf. tableau de l'OFS « *évolution des salaires nominaux et des salaires réels* », «

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/indice-salaires.assetdetail.25705310.html> »]), aboutissant à un revenu sans invalidité déterminant de CHF 67'103.30.

9.3.3 Pour calculer le revenu avec invalidité, il convient de se référer, à l'instar de l'OAIE, au salaire brut standardisé issu du tableau TA1 de l'ESS 2016, ligne « *total secteur privé* » (cf. « <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.22988245.html> »), dans la mesure où le recourant n'a repris aucune activité lucrative depuis la survenance de son incapacité de travail en avril 2016. *In casu*, l'autorité inférieure a appliqué à bon droit le niveau de compétences le plus bas (niveau 1) car l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité de peintre en bâtiment ni mettre à profit les compétences acquises dans cette profession dans une activité lucrative adaptée correspondant au niveau de compétences 2. Bien qu'il dispose d'un diplôme de mécanicien-ajusteur, il n'a jamais exercé cette profession, mais il a travaillé pendant 30 ans comme peintre en bâtiment. En outre, la référence à la ligne « *Total* » du tableau TA1 n'est pas critiquable, car s'il est vrai que l'assuré a toujours travaillé dans le même domaine, ses limitations fonctionnelles (activités légères à moyennement physiques par intermittence, pas de port de charges de plus de 10kg, sans stress) ne l'empêchent aucunement d'accéder à une large palette de postes. Comme l'indique l'autorité inférieure dans la décision litigieuse, entrent par exemple en ligne de compte des activités de contrôle, de tri ou de surveillance ainsi que des travaux simples de manutention, de nettoyage ou de montage. Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir un revenu annuel de CHF 64'080.- (CHF 5'340.- x 12 mois). Adapté à un temps de travail hebdomadaire de 41,7 heures (CHF 64'080.- x [41,7h/40h] = CHF 66'803,40), puis à l'évolution des salaires nominaux des hommes en 2017 (variation de +0.4% entre 2016 et 2017 [CHF 66'803,40 x 0.004 = CHF 67'070.60]), le revenu d'invalidité s'élève à CHF 67'070.60.

9.3.4 L'autorité inférieure a considéré qu'un abattement sur ce revenu d'invalidité ne se justifiait pas compte tenu du fait que l'assuré pouvait exercer des activités légères à moyennement lourdes par intermittence à temps plein et que d'autres circonstances susceptibles d'influer sur son revenu faisaient défaut. Cette approche, qui n'est pas remise en cause par le recourant, n'est pas contestable. En effet, l'éventuel manque de formation de l'assuré ne constitue pas un critère d'abattement du revenu statistique utilisé (en l'occurrence le niveau de compétences 1, qui s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités simples et répétitives et qui recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de

formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du TF 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1). En outre, les limitations fonctionnelles déjà incluses dans l'examen de la capacité de travail résiduelle de l'assuré ne doivent pas non plus avoir d'influence supplémentaire sur l'examen de l'abattement, afin d'éviter une double prise en compte du même aspect. Le simple fait que ne sont exigibles pour l'assuré que des activités légères à moyennement lourdes ne justifie pas une réduction supplémentaire, même dans le cas d'une capacité de travail partielle, car le niveau de compétences 1 de l'ESS inclut toute une série d'activités légères tenant compte de nombreuses limitations (arrêts du TF 8C_253/2017 du 29 juin 2017 consid. 4.3.2, 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.1 et 3.4.2, 9C_846/2014 du 22 janvier 2015 consid. 4.1.1 et les réf. cit. ; arrêt du TAF C-6371/2017 du 15 mars 2021 consid. 10.2.2 et les réf. cit.). Il y a lieu d'ajouter que ces emplois non qualifiés sont en règle générale accessibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1 ; arrêts du TF 8C_438/2022 du 26 mai 2023 consid. 4.3.4, 9C_134/2016 du 12 avril 2016 consid. 5.3). En définitive, l'on ne saurait faire grief à l'autorité inférieure, qui dispose d'un large pouvoir d'appréciation à cet égard (ATF 126 V 75 consid. 6), de n'avoir retenu aucun abattement sur le salaire d'invalidé.

9.3.5 Au regard de ce qui précède, le taux d'invalidité du recourant est inférieur à 1% ($\frac{[CHF\ 67'103.30 - CHF\ 67'070.60] \times 100}{CHF\ 67'103.30} = 0.04\%$), ce qui ne lui ouvre pas de droit à la rente. Au demeurant, le Tribunal rappelle que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (cf. *supra* consid. 3.3), de sorte que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité – en l'occurrence française (cf. *supra* let. A) – ne préjuge pas de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse (ATF 130 V 217, consid. 2.4 ; arrêts du TAF C-198/2019 du 21 décembre 2021 consid. 5.5, C-2708/2012 du 21 octobre 2013 consid. 9.1).

10.

Sur le vu de tout ce qui précède, le recours se révèle mal fondé.

10.1 Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.- (art. 63 al. 1 PA, art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 4).

10.2 Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais, d'un même montant, versée en cause.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Frédéric Lazeyras

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

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 LTF). 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 :