



Cour III
C-7744/2010

Arrêt du 24 juillet 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Beat Weber et Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 24 septembre 2010).

Faits :**A.**

Le requérant A. _____, ressortissant espagnol né le 6 mai 1948, oeuvre en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances de 1967 à 1969 et de 1973 à 1991 avant tout en qualité d'ouvrier dans la construction (pces 1 p. 12; 6; 23 p. 2 n° 3.4). De retour en Espagne, il travaille à son compte dès 1993 comme tenancier d'un bar/café à plein temps (pces 18 p. 1 n° 1; 19 p. 3 n° 7b; 23 p. 1 n° 1.2.5; TAF 1 p. 3). Atteint d'un carcinome épidermoïde hilaire gauche, stade IIIA, il subit une opération en date du 21 août 2009 avec réalisation d'une pneumonectomie gauche et extraction des ganglions lymphatiques (pce 21). Ayant ainsi dû cesser son activité lucrative pour des raisons de santé, l'assuré dépose le 14 octobre 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole (ci-après: INSS) (pce 1 p. 7 n° 14), lequel transmet la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) pour compétence.

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE recueille divers renseignements économiques et médicaux portant sur le requérant dont notamment des rapports médicaux des 7 mai 2009 (pce 20), 11 septembre 2009 (pce 21), 14 novembre 2009 (pce 22) et 18 novembre 2009 (pce 23 [rapport médical E 213]), des déclarations d'impôt de l'assuré en rapport avec les années 2006 à 2008 (pces 14-16) et un questionnaire à l'assuré ainsi qu'un questionnaire pour indépendants, tous deux datés du 15 avril 2010 (pces 18-19).

C.

Le 6 juillet 2010 (pce 28), l'OAIE — s'appuyant sur un rapport de son service médical du 12 mai 2010 (pce 26) et une comparaison des revenus effectuée en date du 16 juin 2010 (pce 27) — informe l'intéressé qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il existe, dans l'exercice de la dernière activité, une incapacité de travail de 70% au sens des dispositions du droit suisse des assurances sociales. En revanche, l'exercice d'une activité plus légère, mieux adaptée à l'état de santé, serait exigible à 100% avec une perte de gain de 28%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il invite l'assuré à faire part de ses observations éventuelles dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte.

D.

L'assuré conteste ce projet de décision par acte du 27 juillet 2010 (pce 29). Il souligne que les affections dont il est victime justifient de retenir une incapacité de travail absolue pour toute profession, ce qui a par ailleurs été retenu par les institutions de sécurité sociale espagnole.

E.

Par décision du 24 septembre 2010 (pce 30 [la décision a été notifiée le 11 octobre 2010 {pce 33 p. 2}]), l'autorité inférieure rejette la demande de prestations de l'assuré en précisant que les décisions d'une institution de sécurité sociale étrangère ne lient pas l'assurance-invalidité suisse.

F.

Par acte du 25 octobre 2010 (pce TAF 1), l'intéressé défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral en faisant valoir qu'il n'est pas en mesure d'accomplir un travail quelconque, aussi léger qu'il soit. Selon lui, il convient également de tenir compte du fait qu'il n'a aucune expérience dans l'accomplissement de travaux légers, de sorte qu'on ne peut parler d'une possibilité réelle de trouver un emploi sur le marché du travail. Par ailleurs, il produit un acte des institutions de sécurité sociale espagnole du 24 novembre 2009.

G.

Par décision incidente du 24 novembre 2010 (pce TAF 4), le Tribunal de céans invite le recourant à verser, jusqu'au 12 janvier 2011, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en date du 6 décembre 2010 (pce TAF 6 p. 2).

H.

Au cours de l'échange d'écritures subséquent, les parties réitèrent leurs conclusions antérieures (préavis du 10 février 2011 [pce TAF 9]; réplique du 4 avril 2011 [pce TAF 12]; duplique du 25 mai 2011 [pce TAF 14]). Par ordonnance du 21 juin 2011 (pce TAF 15), le dernier acte cité est notifié au recourant pour connaissance avec octroi d'un délai jusqu'au 14 juillet 2011 pour déposer ses remarques éventuelles. L'assuré renonce à se déterminer dans le délai imparti.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du rè-

blement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), 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. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012).

3.

3.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont seules applicables vu le dépôt de la demande de prestations en date du 14 octobre 2009 (voire Lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 publiée par l'OFAS et intitulée "La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire" qui est applicable in casu [arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4]).

3.2 En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 14 avril 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 24 septembre 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter en principe trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le

recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

5.

5.1 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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). 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). Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

5.2 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (cf. arrêt du tribunal fédéral 9C_529/2008 du 18 mai 2009 et références)). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

6.

En l'espèce, il est admis que le recourant a présenté un carcinome épidermoïde hilair, stade IIIA, qu'il a subi pour cette raison une pneumonectomie gauche avec extraction des ganglions lymphatiques et qu'il a été traité par la suite par radiothérapie jusqu'au 15 mars 2010. Le litige porte sur les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assuré, singulièrement sur le point de savoir si celui-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

7.

Le Tribunal de céans prend position comme suit.

7.1 En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette jurisprudence s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 s.). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur

les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

7.2 En l'occurrence, il appert que l'administration se base avant tout sur une prise de position du 12 mai 2010 établie par le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale de son service médical, pour justifier le rejet de la demande en cause (pce 26). Dans ce document, le pré-nommé relève que l'assuré est atteint d'un cancer du poumon qui a rendu nécessaire une pneumonectomie gauche, ce qui, selon l'expérience, conduit à une limitation significative des capacités de prestations corporelles, en particulier lors d'efforts, d'autant que les cellules du poumon restant sont endommagées par la consommation de nicotine ayant duré plusieurs années. Ainsi, le médecin de l'OAIE estime que, si le recourant ne peut accomplir son activité habituelle qu'à un taux de 30% pour des raisons médicales, une activité de substitution légère (exercée de façon assise, sans inhalation de substances nocives, sans port de charges et sans nuisance diverse (poussière, émanation, chaud, humidité) est encore exigible à plein temps de sa part. Il cite à titre d'exemple les professions/activités de "surveillant de parking; vente par correspondance; vendeur de billet; accueil/réceptionniste; standardiste/téléphoniste; saisie de données/scannage." Sur la base de ces données, l'autorité inférieure a procédé à une comparaison des revenus et est parvenue à la conclusion que l'assuré présentait une perte de gain de seulement 28.17%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente (pce 27).

7.3 Force est toutefois de constater que le Dr C. _____ n'a pas examiné lui-même l'assuré, qu'il ne dispose d'aucune spécialisation particulière en oncologie ou pneumologie et qu'il ne motive pas suffisamment ses conclusions. De surcroît, sa prise de position semble incomplète quant à l'anamnèse, puisqu'à aucun endroit il ne mentionne que l'assuré, antérieurement au traitement par radiothérapie, a été soumis à une chimiothérapie, ce qui ressort pourtant clairement du dossier (cf. rapport E 213 du 18 novembre 2009 [pce 23 p. 8 n° 8 in fine] et acte des institutions de sécurité sociale espagnole du 24 novembre 2009 [pce TAF 1 p. 3]). Conformément à la jurisprudence précitée (cf. supra consid. 7.1), l'ensemble de ces éléments est donc de nature à amoindrir considérablement la valeur probante de son évaluation.

7.4 Par ailleurs, les autres rapports médicaux versés à la cause — au demeurant beaucoup trop succincts notamment quant à l'évolution de la maladie — ne permettent pas de combler cette lacune. Au contraire, ils

sont de nature à jeter le doute sur le bien-fondé de l'avis du Dr C._____.

7.4.1 Ainsi, un rapport du 11 septembre 2009, établi au Complexe hospitalier B._____ (pce 21), atteste que l'assuré a été hospitalisé dans cet établissement du 20 août au 11 septembre 2009 pour intervention chirurgicale suite à la découverte d'un cancer du poumon. En outre, il est notamment indiqué que, si le patient est certes capable de marcher à la sortie de l'hôpital, il doit notamment éviter les efforts ("recomendaciones: 1- Evitar esfuerzos. Puede pasear").

7.4.2 Pour sa part, dans un rapport E 213 du 18 novembre 2009, le Dr D._____ relève que, lors d'un téléphone avec l'épouse de l'assuré effectué en date du 9 septembre 2009, il a appris que ce dernier était actuellement hospitalisé, qu'il était très fatigué et qu'il avait perdu 12 kilos (pce 23 p. 2 n° 3.1-3.2). En outre, le médecin de l'INSS indique que le patient souffre d'un syndrome général et qu'il reçoit une chimiothérapie tous les 11 jours (pce 23 p. 8 n° 8). Il conclut que celui-ci ne peut plus effectuer sa profession habituelle de tenancier d'un bar et qu'il a été mis en incapacité de travail absolue (pce 23 p. 10 n° 11.4 et 11.8). Ne répondant pas expressément à la question de savoir si le recourant peut encore exercer un travail adapté (pce 23 p. 10 n° 11.5), il fait part de limitations fonctionnelles très étendues et prononcées mettant une croix dans presque toutes les rubriques y afférentes mentionnées dans le formulaire médical E 213 (voire pce 23 p. 9 n° 10.1-10.2). En outre, il précise que, selon lui, l'assuré n'est pas capable de travailler devant un écran de vidéo et qu'il ne peut œuvrer à son lieu de travail ou à son domicile sans l'aide d'une tierce personne (pce 23 p. 9 n° 11.1-11.3). Il ressort donc clairement de la prise de position du Dr D._____ que, selon lui, l'assuré présente des déficits fonctionnels considérables dans toutes les professions.

7.4.3 Un rapport du 14 novembre 2009, établi au Complexe hospitalier B._____ (pce 22), mentionne que le patient a été hospitalisé dans cet établissement du 9 au 14 novembre 2009 pour cause de sepsis urinaire, d'infection respiratoire et de rétention de l'estomac postchirurgicale.

7.4.4 Finalement, dans un rapport du 8 avril 2010 (pce 24), la Dresse E._____ atteste que l'assuré a suivi une radiothérapie du 4 février au 15 mars 2010, ce qui correspondait au traitement complet de 40 jours prévus à cet effet, et qu'il n'a pas été découvert de résidu tumoral depuis l'intervention. Ce certificat appelle les remarques qui suivent. Certes, la Dresse E._____ témoigne d'une évolution favorable en ce sens qu'elle

met en évidence l'absence de récurrence du cancer et qu'elle semble signaler que le traitement oncologique est arrivé à terme. Il n'en reste pas moins que les données fournies par cette praticienne restent très sommaires. En particulier, il manque une description détaillée de l'ensemble des traitements administrés au recourant, de l'évolution de la maladie et de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Contrairement à ce que semble croire le service médical de l'OAIE, le rapport du 8 avril 2010 n'est donc pas suffisant pour conclure — au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales — que l'estimation du Dr D. _____ mentionnée dans le rapport E 213 précité du 18 novembre 2009 est devenue caduque. Bien plutôt, eu égard à la gravité de l'atteinte en cause (ablation du poumon gauche; poumon droit restant endommagé par la consommation de nicotine pendant plusieurs années; affaiblissement du patient après avoir été soumis à une chimiothérapie puis à une radiothérapie), il apparaissait indispensable que le recourant fût examiné personnellement par un oncologue et un pneumologue et que ces praticiens s'expriment explicitement quant à la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Ainsi, en se prononçant en l'état du dossier, l'OAIE a manifestement enfreint le principe inquisitoire.

7.5 En outre, on relève que l'assuré était âgé de 62 ans et 4 mois au moment déterminant, de sorte qu'il avait atteint le seuil à partir duquel on peut parler d'un âge avancé au sens de la jurisprudence particulière développée à ce titre et encore confirmée récemment (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3 et les références citées). Ainsi, quand bien même, en principe, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail et que les facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, il est admis, que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander, si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure de trouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans un cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports

de travail (voire, parmi d'autres, arrêt du Tribunal administratif fédéral C-426/2010 du 21 novembre 2011 consid. 9). Or, il appert que l'administration n'a à aucun moment pris position sur ce point.

7.6 Finalement, il semble ressortir des actes au dossier que l'intéressé a cessé son activité lucrative dès août 2009 (cf. en ce sens pces 20, 2^{ème} paragraphe; 21; 23 p. 2 n° 3.2 in fine). Dans le questionnaire à l'assuré du 15 avril 2010, ce dernier affirme toutefois ne plus travailler dès le 3 février 2007 (pce 19 p. 3 n° 7a; voire aussi pce 17), ce qui demande des éclaircissements.

8.

Compte tenu de l'importance des lacunes relevées, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), d'annuler l'acte entrepris et de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire, que l'OAIE aurait dû effectuer d'office avant-même de rendre sa décision, comprenant notamment:

- la recherche d'informations auprès des médecins traitants de l'assuré quant à l'évolution de la maladie et des traitements administrés;
- la recherche d'informations auprès du recourant quant au début de l'incapacité de travail de longue durée avec octroi d'un délai pour produire les moyens de preuve idoines;
- la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un spécialiste en oncologie et d'un expert en pneumologie.

Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé du recourant dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective du recourant dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise prenant également position quant à la jurisprudence susmentionnée concernant l'âge avancé.

9.

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.- versé à titre d'avance de frais par le recourant lui est restitué.

10.

Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant

pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 24 septembre 2010 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 300.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière

de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :