



---

Cour III  
C-891/2008  
{T 0/2}

## **Arrêt du 3 octobre 2008**

---

Composition

Vito Valenti (président du collège), Elena Avenati-Carpani, Michael Peterli, 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 30 novembre 2007.

**Faits :****A.**

Le ressortissant espagnol A.\_\_\_\_\_ travailla en Suisse de 1972 à 1987 dans diverses entreprises dont entre autres une fabrique d'aluminium et une maison de nettoyage (pces 60 p. 4; 29; 3 p. 2). De retour en Espagne, il exerça une activité agricole indépendante, puis fut employé comme agriculteur du 12 mai au 26 septembre 2003 et comme métallier dans une entreprise de construction du 1<sup>er</sup> octobre au 15 décembre 2003 (pces 2 p. 2; 10; 24 p. 1-2; 42 p. 2). En date du 10 mai 2005 il présenta une demande de prestation de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS; pce 1 p. 4), lequel transmit la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

**B.**

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE versa dans un premier temps les pièces suivantes au dossier:

- le questionnaire à l'assuré daté du 11 novembre 2005 selon lequel ce dernier travaillait à plein temps et a cessé son activité le 26 novembre 2003 pour cause de maladie (pce 11),
- le questionnaire pour l'employeur daté du 21 octobre 2005 selon lequel l'assuré fut engagé dans une entreprise de construction du 1<sup>er</sup> octobre au 15 décembre 2003, donna quelques signes de faiblesse dans l'exercice de ses tâches et interrompit définitivement son travail le 26 novembre 2003 pour cause de maladie (pce 10),
- un rapport médical paraphé daté du 28 mars 2003 relevant une oblitération de l'artère fémorale superficielle gauche et une artériopathie distale droite (pce 14),
- un rapport médical du 13 décembre 2003 établi au centre hospitalier de B.\_\_\_\_\_, service des soins intensifs, signé par la Dresse C.\_\_\_\_\_ faisant part de vertiges parfois suivis d'une perte de connaissance de quelques secondes et de nausées (pce 15),

- un radiodiagnostic lombaire daté du 26 janvier 2004 relevant une hyperlordose lombaire (pce 16),
- un rapport médical du 8 février 2004 rédigé au service psychiatrique de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ et signé par la Dresse E.\_\_\_\_\_ diagnostiquant une dysthymie légère (pce 17),
- une gammagraphie osseuse du 10 mars 2004 établi au centre F.\_\_\_\_\_ faisant état de signes inflammatoires articulaires aux genoux (pce 18),
- un radiodiagnostic de la région lombaire du 22 mai 2004 signé par le Dr G.\_\_\_\_\_ ne relevant pas d'altération (pce 19),
- un rapport du 21 juillet 2004 établi au centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré fut hospitalisé suite à une hernie inguinale droite (pce 20),
- une analyse hématique du 23 septembre 2004 effectuée au centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ et signée par le Dr H.\_\_\_\_\_ (pce 21),
- un radiodiagnostic du 30 mars 2005 signé par la Dresse I.\_\_\_\_\_ certifiant une rupture du ménisque interne droit (pce. 22 et 24 p. 6).
- un rapport médical du 1<sup>er</sup> avril 2005 signé par le Dr J.\_\_\_\_\_ faisant notamment état d'un diabète de type 2, d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, de vertiges périphériques, d'une artériopathie distale des membres inférieurs et de la présence d'un syndrome dépressif (pce 23),
- un rapport médical E 213 du 18 avril 2005 signé par la Dresse K.\_\_\_\_\_ relevant notamment une lombosciatalgie bilatérale de prédominance droite en L5, un état psychologique sans alteration grave, une mobilité cervicale et des membres supérieurs et inférieurs conservée et selon lequel les affections dont souffre l'intéressé ne permettent que des travaux légers, sans nécessité de porter et d'élever des objets, ni d'utiliser des escaliers et échelles et excluent que l'assuré puisse exercer son métier de métallier (pce 24).

- un rapport du 15 juin 2005 rédigé au centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ selon lequel l'assuré fut hospitalisé du 19 mai au 15 juin 2005 suite à un accident vasculaire cérébral ischémique droit et relevant notamment une dyslipidémie ainsi qu'une artériopathie périphérique (pce 25),
- une gammagraphie du 10 avril 2003 signée par la Dresse L.\_\_\_\_\_ (pce 27),

### **C.**

L'OAIE soumis le dossier au Dr M.\_\_\_\_\_ de son service médical qui retint dans son rapport daté du 12 avril 2006 le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales, de status après rupture du ménisque interne du genou droit, de vertige, d'oblitération de l'artère fémorale superficielle gauche, d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de dysthymie légère et de diabète de type 2. Il mit en évidence que le diabète et l'atteinte artérielle avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré et conclut que ce dernier ne pouvait certes plus travailler dans le bâtiment mais qu'il était à même d'exercer une activité de substitution à 70% dans des emplois moins astreignants en étant par exemple employé comme surveillant de parking, vendeur par correspondance et téléphone, réparateur de petits appareils, caissier, vendeur de billet ou employé de bureau pour activités simples et sans port de choses lourdes dès le 26 novembre 2003 (pces 29 et 30).

### **D.**

Sur ces bases, l'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité de l'intéressé en s'appuyant sur l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2004 (cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>). Il tint ainsi compte d'un revenu mensuel moyen de Fr. 4'771.52 pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4) avec un horaire usuel de 41.6 heures/semaine qu'il opposa à une moyenne des salaires pour les activités de substitution proposées par le Dr M.\_\_\_\_\_ de Fr. 4'431.32, à savoir la moyenne des salaires des catégories « commerce de détail », « services fournis aux entreprises » et « autres services collectifs et personnels » pour des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) avec un horaire usuel de 41.7 heures/semaine. Ce dernier montant fut ensuite réduit de 20% ( $4'431.32 - 886.06 = 3'545.06$ ), afin de tenir compte de

l'âge de l'intéressé ainsi que du fait que ce dernier ne peut exercer que des activités légères, adaptées et de façon réduite. L'OAIE effectua de surcroît une réduction de 30%, étant donné que, selon la prise de position médicale du Dr M.\_\_\_\_\_, il ne peut être exigé de l'assuré une activité de substitution à plus de 70% ( $3'545.06 - 1'063.52 = 2'481.54$ ). Partant, l'office compara un revenu de Fr. 4'771.52 à un salaire théorique de Fr. 2'481.54. Le calcul de la perte de gain est le suivant:  $[(4'771.52 - 2'481.54) \times 100] : 4'771.52 = 47.99$  (pce 32).

#### **E.**

Suite à l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'intéressé, l'OAIE demanda aux autorités espagnoles l'envoi de nouveaux rapports médicaux (pces 33, 34, 41, 45). Il reçut les documents suivants:

- un rapport médical du 24 janvier 2006 signé par le Dr J.\_\_\_\_\_, (pce 26),
- un rapport du 16 mars 2006 rédigé au centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant fût hospitalisé du 2 au 16 mars 2006 suite à un infarctus du myocarde et traité avec dilatation coronarienne et pose de deux stents (pce 31),
- un rapport médical du 31 octobre 2006 signé par le Dr R.\_\_\_\_\_ certifiant une cervico-brachialite bilatérale, une contracture cervicale, une arthrose cervicale, une discopathie C3-C4, une arthrose claviculaire, une lombalgie chronique, une arthrose lombaire, une gonalgie bilatérale, une arthrose du genou et une rupture du ménisque interne du genou droit (pce 36),
- un rapport médical du 7 novembre 2006 signé par le Dr J.\_\_\_\_\_, selon lequel l'intéressé souffre notamment d'une pathologie vasculaire chronique et progressive, présente tous les facteurs principaux de risques vasculaires et un syndrome anxio-dépressif (pce 37),
- une échocardiographie du 22 novembre 2006 signée par le Dr N.\_\_\_\_\_ et effectuée à l'hôpital O.\_\_\_\_\_ relevant une hypokinésie (pce 38 et 39),

- un rapport neurologique du 18 décembre 2006 effectué à l'hôpital O.\_\_\_\_\_ et signé par la Dresse P.\_\_\_\_\_ faisant part d'une détérioration cognitive modérée et de syndromes indiquant une bradycinésie suite à une pathologie vasculaire, d'une céphalée vasculaire et d'une éventuelle radiculopathie (pce 40),
- un nouveau rapport médical E 213 du 24 janvier 2007 signé par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ diagnostiquant une hypokinésie postinférieure, une artériopathie des membres inférieurs, un diabète de type 2, une arthrose cervicale, une arthrose lombaire et relevant une mobilité rachidienne conservée, un bon fonctionnement des membres supérieurs, une instabilité du membre inférieur droit avec douleurs au genou lors de flexion, des déficiences fonctionnelles significatives durant l'exercice d'efforts importants quant à la marche et l'exercice prolongé d'activités en position debout, mais pas quant à l'accomplissement d'activités simples en position assise (pce 42).

## F.

La documentation complémentaire fut présentée au Dr M.\_\_\_\_\_ pour nouvelle prise de position. Celui-ci releva dans son rapport du 23 mai 2007 que l'infarctus du myocarde avait affecté principalement la santé de l'assuré, que les lombosciatalgies et de minimes séquelles d'un accident vasculaire cérébral avaient des répercussions sur sa capacité de travail, que le diabète et l'artériopathie des membres inférieurs étaient par contre sans incidence sur cette dernière. Il conclut que l'accident vasculaire cérébral ainsi que l'infarctus du myocarde n'avaient laissé que des séquelles minimes et conclut, à l'instar de son premier rapport du 12 avril 2006, qu'une activité de substitution accomplie à 70% pouvait être exigée de l'intéressé dès le 19 mai 2005 (pce 46). L'OAIE prit acte de cette appréciation et confirma le 19 juin 2007 son évaluation économique de l'invalidité du 13 juillet 2006 (pce 47). Dans une note interne du 19 juin 2007, il mit en évidence que les deux rapports médicaux établis par le Dr M.\_\_\_\_\_ n'était pas conséquents quant au début de la maladie de longue durée du recourant, l'un faisant débiter celle-ci au 26 novembre 2003, l'autre au 19 mai 2005 (pce 47). Il opta finalement pour la date du 26 novembre 2003 (pce 49; cf supra consid. 8.4). Par projet de décision du 3 juillet 2007, il informa l'intéressé que le début

de sa maladie de longue durée serait fixé au 26 novembre 2003, qu'une activité de substitution aurait pu être exigé de lui à 70% dès cette date et qu'il serait mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du mois de novembre 2004 pour un taux de 48% (pce 48).

#### **G.**

Par correspondance du 27 juillet 2007 l'intéressé fit part de son étonnement quant au taux d'invalidité retenu qui selon lui ne prenait pas suffisamment en compte l'accident vasculaire cérébral subi en 2005 ainsi que l'infarctus survenu en 2006 (pce 50). Il fit parvenir à l'OAIE un fax daté du 14 août 2007 indiquant qu'il considérait avoir droit à une rente entière (pce 51) et compléta le dossier avec une nouvelle documentation, à savoir:

- un certificat d'assistance du 14 août 2007 établi au centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ (pce 52),
- un rapport du 7 septembre 2007 du centre hospitalier B.\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant fut hospitalisé du 6 août au 7 septembre 2007 suite au syndrome de Leriche et présentait une autonomie de marche réduite de 50-100 mètres à la fin de son hospitalisation (pce 55).

#### **H.**

Ces documents furent envoyés au Dr M.\_\_\_\_\_ pour nouvelle appréciation du cas. Celui-ci releva dans son rapport du 20 septembre 2007 que l'artériopathie de l'intéressé était déjà connue et compatible avec un travail léger et adapté comme indiqué dans sa première prise de position du 12 avril 2006. Partant, l'exigibilité d'un travail adapté de substitution à 70% pouvait être confirmée (pce 58).

#### **I.**

Par décision du 30 novembre 2007, l'OAIE octroya à l'intéressé un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004 (pce 60).

#### **J.**

Par acte du 7 janvier 2008, l'intéressé interjeta recours auprès de l'OAIE contre la décision précitée concluant au réexamen de son dossier. Il fit valoir qu'il devrait avoir droit à au moins une demi-rente vu les nombreuses affections dont il souffrait (pce TAF 1) et demanda implicitement l'annulation de la décision du 30 novembre 2007. L'OAIE transmit l'acte au Tribunal administratif fédéral. Invité à se déterminer

par ce dernier, il conclut au rejet du recours dans sa réponse du 17 janvier 2008 au motif qu'un taux d'invalidité de 48%, dont le calcul prenait en compte l'exigibilité d'une activité de substitution à 70% ainsi qu'une réduction du salaire statistique de 20% pour circonstances personnelles, était conforme au droit (pce TAF 3). Invité à faire part de ses observations par ordonnance du 22 avril 2008 (pce TAF 4), le recourant renonça à produire une réplique.

#### **K.**

Par ordonnance du 6 juin 2008, le tribunal de céans requit du recourant une avance de frais de Fr. 300.- dont il s'acquitta dans le délai imparti en versant un montant de Fr. 480.- sur le compte du Tribunal (pces TAF 5 et 6).

#### **Droit :**

##### **1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral (art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> 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 LPG et 52 PA), le recours est recevable.

## **2.**

**2.1** L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

**2.3** De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensations [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

**3.2** L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision litigieuse eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont donc pas applicables.

**3.3** Le requérant a présenté sa demande de rente le 10 mai 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le requérant avait droit à une rente le 10 mai 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 30 novembre 2007, 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 et 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:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);

- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

## 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). Selon l'art. 7 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.

**5.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

**5.3** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant de l'Union européenne, présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une

aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; 99 V 98 consid. 1; 96 V 42 consid. 1).

**5.4** Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

## **6.**

**6.1** Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGGA, 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.

**6.2** Aux termes des art. 8 LPGGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

## **7.**

**7.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, art. 42 n° 16 p. 424 s.; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

**7.2** En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et références citées)

## **8.**

**8.1** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

**8.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

## **9.**

**9.1** Il résulte du dossier que l'intéressé n'exerce plus d'activité lucrative depuis le 26 novembre 2003. Il faut donc examiner la documentation médicale au dossier afin d'évaluer l'invalidité de l'assuré.

**9.2** Dans les rapports médicaux établis entre les années 2003 et 2007, il est fait notamment état de lombosciatalgies bilatérales, de status après rupture du ménisque interne du genou droit, de vertiges, d'oblitération de l'artère fémorale superficielle gauche, d'artériopathie des membres inférieurs, de dystymie légère, de diabète de type 2, d'hypertension, d'hypercholestérolémie, d'une détérioration cognitive modérée, de céphalée vasculaire. Il s'agit d'un status labile. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir

du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

**9.3** Le Tribunal de céans constate ensuite que, en l'espèce, la Dresse K.\_\_\_\_\_ dans le premier rapport médical E 213 daté du 3 mai 2005 et la Dresse Q.\_\_\_\_\_ dans le deuxième rapport médical daté du 24 janvier 2007 concluent à l'incapacité de l'intéressé à exercer sa dernière activité dans la construction ainsi que tout travail nécessitant le port de choses lourdes. Elles précisent toutefois que l'assuré est à même d'accomplir des tâches moins astreignantes s'il n'est notamment pas contraint de se tenir debout de façon prolongée. Ces deux rapports ne contiennent par contre aucune indication quant à la question de savoir si une telle activité peut être exigée à plein temps ou seulement à temps partiel (pces 24 p. 8-10; pce 42 p. 8-10). Le Dr M.\_\_\_\_\_ retint dans ses prises de position médicales du 12 avril 2006 et du 23 mai 2007 une incapacité de travail de 30% pour une activité de substitution adaptée, ce qu'il confirma encore implicitement dans sa dernière prise de position médicale du 20 septembre 2007 (pces 30, 46, 58).

**9.4** Il convient toutefois de relever que les prises de position médicales du médecin de l'office contiennent certaines divergences. En effet, dans le premier rapport médical du 12 avril 2006, le Dr M.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de l'assuré de 30% pour l'exercice d'une activité de substitution dès le 26 novembre 2003 à cause du diabète et de l'atteinte artérielle (pce 30). Par contre, dans son rapport du 23 mai 2007, il met en exergue que l'accident vasculaire cérébral subi par l'assuré en mai 2005 et l'infarctus du myocarde survenu en mars 2006 n'ont laissé que de petites séquelles (pce 46). Il admet toutefois que ces affections justifient une incapacité de travail de l'assuré de 30% quant à l'exercice d'une activité de substitution adaptée. En contradiction avec le rapport médical du 12 avril 2006, il relève que le diabète et l'artériopathie n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. De plus il fixe le début de la maladie de longue durée au 19 mai 2005, date de l'hospitalisation de l'intéressé pour son accident vasculaire cérébral, alors que le rapport du 12 avril 2006 retenait la date du 26 novembre 2003. Outre ces inconséquences, le médecin de l'office ne prend pas position sur le rapport neurologique du 18 décembre 2006 établi par la Dresse P.\_\_\_\_\_ faisant état d'une détérioration cognitive modérée, de syndromes indiquant une bradycinésie suite à une pathologie

vasculaire, d'une céphalée vasculaire et d'une éventuelle radiculopathie et dans lequel le médecin consulté relève qu'un suivi neurologique périodique est indiqué et que, à son avis, les affections dont souffre l'assuré l'empêchent d'exercer une activité normale (pce 40). Il ne prend également pas position sur le rapport médical du 7 novembre 2006 signé par le Dr J.\_\_\_\_\_ faisant état d'une pathologie vasculaire chronique et progressive avec évolution défavorable ainsi que d'un syndrome anxio-dépressif (pce 37).

**9.5** En conséquence, le Tribunal de céans constate que l'appréciation de la situation médicale n'est pour le moins pas claire et que les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment motivées. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire en ce qui concerne l'état de santé du recourant et sa capacité de travail dans une activité légère et pour nouvelle décision sur le droit éventuel du recourant à une rente. Vu le caractère instable des affections dont souffre le recourant et le fait que les derniers rapports médicaux datent de plus d'une année, il convient de reconsidérer ce dossier sur la base d'une nouvelle documentation médicale incluant notamment un nouveau rapport neurologique et de nouvelles échocardiographies.

#### **10.**

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, 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 lui est restitué. Le recourant ayant versé par erreur Fr. 180.- de plus que la somme demandée, il lui sera restitué un montant total de Fr. 480.-.

#### **11.**

Le recourant ayant agi sans avoir eu 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]).

(dispositif à la page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 30 novembre 2007 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. Un montant de Fr. 480.-, comprenant l'avance de frais de Fr. 300.-, versé le 18 juin 2008 ainsi que Fr. 180.- payés par erreur le même jour, est restitué au recourant.

**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

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

Expédition :