



Cour III
C-2400/2008
{T 0/2}

Arrêt du 31 août 2010

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège),
Francesco Parrino, Elena Avenati-Carpani, juges.
Margit Martin, greffière.

Parties

P._____,
représenté par Bergantiños Convenios Internacionales,
Marcelino Freire Nión,
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

demande de prestations (décision du 27 février 2008).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol, P._____, né en 1952, a exercé une activité lucrative en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances de 1970 à 1983 en tant que conducteur de pelles mécaniques dans la construction (OAIE pces 1 et 13). En Espagne, il a enregistré différentes périodes d'affiliation entre le 1er mars 1968 et le 23 septembre 2004. Des périodes assimilées ont été enregistrées entre le 24 septembre 2004 et le 8 décembre 2005 (E 205, pce 4). L'assuré a travaillé en dernier lieu, du 14 décembre 2000 au 23 septembre 2004, en qualité d'employé de bureau à La Coruna (OAIE pces 14 et 15). En date du 18 avril 2007, il a présenté une demande de prestations auprès de l'Instituto Nacional de seguridad Social (INSS; OAIE pce 2), lequel a transmis 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 verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- une feuille de consultation du 5 mai 2006, établie par le Dr H._____, CHU Juan Canalejo, A Coruna, service de cardiologie, qui indique que l'assuré a consulté le service de cardiologie vasculaire; pour le reste, le document est illisible (OAIE pce 9);
- une feuille de consultation du 4 août 2006, signée par le Dr M._____, médecin dans le même hôpital, qui relève une consultation d'P._____ au service de cardiologie vasculaire (OAIE pce 8);
- un document médical du 14 juin 2000, dont on ignore l'auteur (OAIE pce 9);
- un document médical établi par le Dr A._____, clinique de cardiologie, La Coruna, qui note une double lésion aortique et une insuffisance mitrale légère par calcification de l'anneau (OAIE pce 10);
- un document médical non daté des Drs B._____, L._____ et V._____, complexe hospitalier Juan Canalejo, La Coruna, relevant que l'assuré souffre d'une cardiopathie ischémique et d'une maladie coronarienne de trois vaisseaux et a subi, le 30 avril 1996, un quadruple pontage coronarien (OAIE pces 11 et 12);
- un rapport médical E 213 du 17 avril 2007 qui mentionne que P._____ a subi, le 30 avril 1996, un quadruple pontage coronarien et

fait état d'une double lésion aortique avec calcification modérée, d'une insuffisance mitrale légère par calcification de l'anneau et d'une fraction d'éjection de 65% sans anomalie segmentaire. Un changement de la valve aortique est possible à l'avenir; l'état de santé est, avec un traitement médicamenteux, susceptible d'amélioration; le médecin note encore une dyspnée et des palpitations à l'effort. Les travaux lourds et dangereux, exposés aux températures froides, ainsi que ceux requérant l'emploi de rampes ou d'escaliers et les transports d'objets, sont à éviter; l'état de santé de l'intéressé est par contre compatible avec un travail administratif ou devant un écran, qu'il peut effectuer de manière autonome et à temps plein (OAIE pce 13);

- un questionnaire à l'employeur du 5 novembre 2007, ainsi qu'un questionnaire à l'employé du 6 novembre 2007, desquels il résulte que l'assuré a été employé dans un travail de pesage et dosage auprès de l'entreprise F._____ S.L., à La Coruna, du 14 décembre 2000 au 23 septembre 2004, et qu'il y a exercé son activité à plein temps, soit 40 heures hebdomadaires, pour un salaire mensuel de € 1173.94 (OAIE pces 14 et 15).

C.

Dans sa prise de position du 10 décembre 2007, le Dr Y._____, médecin conseil de l'OAIE, a relevé comme diagnostic principal un status après pontage pour cardiomyopathie ischémique avec FE de 65% et comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail une valvulopathie mitro-aortique légère sans atteinte cardiaque fonctionnelle. Il a ainsi conclu à une incapacité de travail de 70% dès le 11 avril 1996 dans l'activité habituelle et toute activité lourde et une capacité de travail totale dès le 11 juillet 1996 dans une activité de substitution adaptée (OAIE pce 17 et son annexe II).

D.

En date du 19 décembre 2007, l'OAIE a procédé à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale (OAIE pce 18). Comparant un salaire sans invalidité de Fr. 5'652.44 (salaire mensuel moyen en Suisse en 2006 d'un salarié de la construction avec des connaissances professionnelles spécialisées pour un horaire de 41.7 heures par semaine) à un salaire d'invalidité de Fr. 4'672.29 (moyenne des salaires mensuels moyens en Suisse en 2006 des salariés dans les branches de l'industrie manufacturière pour des activités simples et répétitives pour un horaire de 42 heures par semaine, abattues de 5% en raison des circonstances personnelles et professionnelles),

l'assureur a calculé une perte de gain de 17.34%. L'OAIE a conclu que P._____ subissait, du fait de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de gain de 17% dès le 11 juillet 1996.

Par projet de décision du 21 décembre 2007 (OAIE pce 19), l'OAIE informe l'intéressé qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier que, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative adaptée est toujours exigible et qu'il n'y a pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année au sens des dispositions du droit des assurances sociales suisse. Il souligne qu'il est sans importance pour l'évaluation du degré d'invalidité qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non et impartit à l'intéressé un délai de 30 jours dès réception dudit acte pour former d'éventuelles objections.

E.

P._____ n'a pas contesté le projet de décision.

F.

Par décision du 27 février 2008 (OAIE pce 20), l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assuré en relevant que s'il existe une incapacité de travail de 70% dans la dernière activité exercée, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé, avec port de charges maximum de 15kg, est exigible à 100% avec une perte de gain de 17%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

G.

Par acte daté du 11 avril 2008, complété le 23 avril 2008 (pce TAF 1), l'intéressé, par l'intermédiaire de son conseil, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée, demandant qu'un degré d'invalidité de 50% au minimum lui soit reconnu et qu'une expertise médicale soit menée. Il allègue ne pas être en mesure d'effectuer une quelconque activité lucrative. A l'appui de ses arguments, il produit les documents suivants :

- la décision du 7 avril 1997 de l'INSS octroyant une rente d'invalidité totale à l'intéressé (TAF pce 3);

- une copie de la qualification d'invalidité (« calificación de la minusvalia ») datée du 19 novembre 1996, signée par C._____, assistance sociale au conseil de santé et service sociaux, A Coruna, laquelle relève le diagnostic de cardiopathie ischémique, avec une

diminution de la capacité fonctionnelle et organique de 61% (TAF pce 4);

- un rapport médical du 7 mai 1996 signé du Dr R._____, service de chirurgie cardiaque du complexe hospitalier Juan Canalejo, A Coruna, établi suite à l'intervention chirurgicale subie par l'intéressé (TAF pce 5);

- un document médical non daté des Drs B._____, L._____ et V._____, complexe hospitalier Juan Canalejo, La Coruna, déjà versé en cause (TAF pce 6);

- un document non daté du service d'anesthésie et de réanimation du même hôpital, où a été admis l'assuré du 30 avril au 2 mai 1996 pour un quadruple pontage coronarien suite à une cardiopathie ischémique. Ce service note une bonne évolution post-opératoire, une hémodynamique stable, ni douleur, ni fièvre, et une bonne tolérance à l'absorption d'aliments par voie orale (TAF pce 7);

- une information médicale du 14 avril 2008 émanant du Dr J._____, lequel indique que l'assuré est affecté d'une invalidité permanente et absolue et ne peut exercer aucune activité que ce soit (TAF pce 8).

H.

Par décision incidente du 22 avril 2008 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite le recourant à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- . En date du 9 mai 2008, un montant de Fr. 388.-- a été enregistré par le service de comptabilité de l'autorité de céans. Par décision incidente du 19 mai 2008, le TAF a invité le recourant à prendre les mesures appropriées pour s'acquitter de la différence de Fr. 12.-- dans les 10 jours dès notification, ce qui fut fait le 2 juin suivant.

I.

I.a Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure a sollicité l'avis de son service médical. Dans sa prise de position du 24 juillet 2008, la Dresse K._____ a relevé que l'assuré présentait une cardiopathie ischémique pour laquelle il a subi une intervention chirurgicale en 1996. La situation est restée stable depuis lors, sans autre événement cardiaque ni autre; il a pu reprendre une activité professionnelle qu'il a poursuivi pendant 4 ans, sans arrêt de travail

prolongé. Actuellement, il est quasi asymptomatique, classe fonctionnelle NYHA I. Le médecin relève qu'au vu des documents médicaux produits en cause, P._____ est capable de poursuivre la dernière activité exercée, celle-ci étant de type administratif, et confirme la prise de position du 10 décembre 2007 du Dr Y._____ (OAIE pce 22).

Dans sa réponse au recours du 29 juillet 2008 (TAF pce 11), l'OAIE relève que son service médical, en tenant compte de la documentation versée au dossier et des nouveaux documents annexés au recours, a confirmé la prise de position du 10 décembre 2007 (OAIE pce 17) et constaté une incapacité de travail de 70% dans des activités lourdes dès le 11 avril 1996, et une capacité de travail complète après une convalescence de trois mois, dans une activité plus légère comme celle qu'il a exercé depuis le 14 décembre 2000 à plein temps. L'OAIE note que l'ensemble du dossier médical est suffisant et qu'une expertise complémentaire n'est pas nécessaire. Il retient que l'assuré, du fait de son atteinte à la santé, subit une perte de gain de 17%, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Il propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

I.b Par réplique du 11 septembre 2008 (pce TAF 14), le recourant réitère ses conclusions, relevant que le Dr J._____, médecin traitant de l'assuré, considère que son patient souffre d'une invalidité permanente et absolue pour réaliser n'importe quel travail.

I.c Dans une nouvelle prise de position du 2 octobre 2008, communiquée au recourant pour connaissance, l'OAIE a confirmé les conclusions prises dans son préavis du 29 juillet 2008.

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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (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 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^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux

entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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.

3.

3.1 Le recourant a déposé sa demande de prestations le 18 avril 2007. Dans ce contexte, il sied de rappeler que le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI pour la période du 1^{er} janvier au 27 février 2008, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.2 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 recourant avait droit à une rente le 18 avril 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 27 février 2008, 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, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI dont l'état des faits à la base de cette disposition, à savoir la survenance de l'invalidité alléguée, s'est réalisé avant l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI le 1^{er} janvier 2008). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (OAIE pce 1) 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^{er} 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^{er} 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 (lettre a) 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).

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'im-potence 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 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré.

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

7.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGa), 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, 2^{ème} édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; 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).

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). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.

9.1 En substance, l'administration, se fondant essentiellement sur l'avis de son service médical et les données contenues dans le rapport médical détaillé E 213 du 24 avril 2007 estime que l'assuré est inapte pour exercer une activité lourde, mais dispose par contre d'une capacité de travail dans une activité de substitution adaptée, ce qui exclut le droit à une rente. Le recourant estime pour sa part que l'ensemble des affections dont il est victime lui donne droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse.

9.2 Il est établi que le recourant présente une cardiopathie ischémique, - pour laquelle il a subi, le 30 avril 1996, un quadruple

pontage coronarien -, ainsi qu'une double lésion aortique, une calcification de la valve aortique avec sténose et insuffisance. La situation est restée relativement stable depuis lors. L'intéressé a abandonné son travail de conducteur de pelles mécaniques dans la construction, mais a pu reprendre une activité professionnelle auprès de l'entreprise F._____, S.L., à La Coruna, du 14 décembre 2000 au 23 septembre 2004 effectuant des travaux de pesage et de dosage à temps complet, soit 40 heures hebdomadaires, pour un salaire mensuel de € 1173.94.

9.3 Il ressort des pièces du dossier qu'aussi bien le médecin qui a rédigé le rapport médical détaillé E 213 (point B ci-dessus; OAIE pce 13) que les Drs Y._____ et K._____ du service médical de l'OAIE admettent que l'assuré n'est plus apte au travail physiquement lourd de conducteur d'engins de chantier et doit éviter la manipulation de charges. En effet, le médecin de l'institution sociale espagnole, dans son rapport E 213, a relevé que les travaux lourds et dangereux, exposés aux températures froides, ainsi que ceux requérant l'emploi de rampes ou d'escaliers et les transports d'objets étaient à éviter; par contre, l'état de santé de l'assuré est compatible avec un travail administratif ou devant un écran, pouvant être effectué de manière autonome et à plein temps. Le Dr Y._____ note, dans sa prise de position médicale du 10 décembre 2007 comme diagnostic principal un status après pontage pour cardiomyopathie ischémique avec FE de 65% et comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail une valvulopathie mitro-aortique légère sans atteinte cardiaque fonctionnelle. Il conclut ainsi à une incapacité de travail de 70% dès le 11 avril 1996 dans l'activité habituelle et toute activité lourde et une capacité de travail totale dès le 11 juillet 1996 dans une activité de substitution adaptée (OAIE pce 17 et son annexe II). Dans sa prise de position du 24 juillet 2008, la Dresse K._____ relève quant à elle que l'assuré présente une cardiopathie ischémique pour laquelle il a subi une intervention chirurgicale en 1996. La situation est restée stable depuis lors, sans autre événement cardiaque ni autre; il a pu reprendre une activité professionnelle qu'il a poursuivi pendant 4 ans, sans arrêt de travail prolongé. Actuellement, il est quasi asymptomatique, classe fonctionnelle NYHA I. Ce médecin relève qu'au vu des documents médicaux produits en cause, P._____ est capable de poursuivre la dernière activité exercée, celle-ci étant de type administratif, et confirme la prise de position du 10 décembre 2007 du Dr Y._____ (OAIE pce 22). En revanche, Les médecins ont

unanimement admis une capacité de travail résiduelle significative (100%) dans la dernière activité effectuée ou tout autre activité adaptée, notamment de type administratif. Seul le Dr Z._____ relève que l'assuré ne peut entreprendre une quelconque activité lucrative et conclut à une invalidité permanente entière. Cet avis ne peut toutefois être pris en compte; en effet, non seulement il provient du médecin traitant de l'intéressé, mais est en outre peu circonstancié et documenté – ne possédant ainsi pas une valeur probante suffisante selon les critères établis par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

9.4. Dans le cas présent, l'autorité de céans n'a pas de motifs de s'écarter des conclusions concordantes du médecin inspecteur de la sécurité sociale espagnole et du service médical de l'autorité inférieure, fondées sur une analyse attentive des données médicales et résultats d'examens objectifs au dossier. Attendu qu'aucune péjoration de la pathologie existante ou la survenance de nouvelles atteintes n'ont été documentées jusqu'à la date de la décision litigieuse, ni même au cours de la procédure de recours devant l'autorité de céans, force est d'admettre en accord avec les médecins que les limitations fonctionnelles constatées sont tout à fait compatibles avec l'exercice d'une activité de substitution adaptée telle que proposées à temps complet.

Le dossier médical est suffisant pour pouvoir statuer sur la période soumise à l'examen du Tribunal; une expertise complémentaire, telle que requise par le recourant, ne se justifie pas.

L'OAIE a procédé à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale (OAIE pce 18). Comparant un salaire sans invalidité de Fr. 5'652.44 (salaire mensuel moyen en Suisse en 2006 d'un salarié de la construction avec des connaissances professionnelles spécialisées pour un horaire de 41.7 heures par semaine) à un salaire d'invalidité de Fr. 4'672.29 (moyenne des salaires mensuels moyens en Suisse en 2006 des salariés dans les branches de l'industrie manufacturière pour des activités simples et répétitives pour un horaire de 42 heures par semaine, abattues de 5% en raison des circonstances personnelles et professionnelles), l'assureur a calculé une perte de gain de 17.34%. L'OAIE a conclu que P._____ subissait, du fait de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de gain de 17% dès le 11 juillet 1996. Ce calcul ne prête pas

flanc à la critique. Force est dès lors de constater que le taux d'invalidité de l'intéressé ne s'élève qu'à 17%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le fait que l'intéressé ait obtenu en Espagne une rente entière d'invalidité n'y change rien. Il est bon de préciser ici que, de jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse (RCC 1989 p. 330 consid. 2).

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Le fait que l'assuré n'ait pas mis en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). En effet, des facteurs tels que la formation professionnelle, l'âge ou un arrêt de travail prolongé, ne constituent pas de circonstances supplémentaires propres d'influencer l'étendue de l'invalidité (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et réf. cit.).

10.

Au vu de ce qui précède, la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

11.

Le recourant, qui succombe, devra payer l'émolument judiciaire relatif à la procédure fédérale et fixé à Fr. 400.-- (art. 63 al. 1 et al. 5 PA en relation avec l'art. 16 al. 1 let. a LTAF ainsi qu'avec les art. 1ss du règlement du 11 décembre 2006 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Cet émolument est compensé par l'avance de frais, d'un même montant. Quant à l'autorité inférieure, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 400.--.

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. (...); Recommandé)

- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig

Margit Martin

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 :

