



Cour III
C-4299/2007

{T 0/2}

Arrêt du 10 mars 2009

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Franziska Schneider, Stefan Mesmer, juges,
Pascal Montavon, 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 22 mai 2007)

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____, né le 10 avril 1945, a travaillé en Suisse de 1969 à 1990 dans la construction (maçon) et le nettoyage (pces 2, 21, 33 ch. 3.4). De retour en Espagne il a travaillé comme ouvrier d'août 1990 à février 1996 et comme ouvrier maçon de février 1996 à décembre 1998. Il n'a ensuite plus exercé d'activité lucrative en raison d'une cardiopathie (pce 35). Il fit parvenir à la Caisse suisse de compensation une demande de prestations d'invalidité qui fut enregistrée le 23 février 2000 (pce 1). Par décision du 16 mai 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) l'a rejetée au motif que l'intéressé n'étant pas assuré au moment de la survenance de l'invalidité (clause d'assurance selon la loi anciennement en vigueur), il ne pouvait prétendre à une rente de l'assurance-invalidité suisse (pce 18). Par acte initié le 22 février 2006 et établi le 30 mai 2006 par l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité a été adressée à l'OAIE (pce 19).

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAIE porta au dossier les pièces suivantes:

- le questionnaire à l'assuré daté du 12 décembre 2006 ne mentionnant aucune activité lucrative exercée à compter du 15 décembre 1998 pour cause d'incapacité, la dernière activité exercée l'ayant été dans la construction à plein temps depuis le 30 octobre 1995 (pce 26),
- le questionnaire à l'employeur daté du 14 décembre 2006 mentionnant une activité à plein temps de maçon du 12 février 1996 au 15 décembre 1998 (pce 28),
- un rapport médical du Dr B._____, cardiologue, daté du 29 décembre 1998 faisant état d'une hospitalisation du 15 au 29 décembre, posant le diagnostic de cardiopathie ischémique, angine récente, lésion d'un vaisseau (50% DA-1), claudication intermittente en MM II (pce 3),

- un rapport médical du Dr C._____ daté du 26 mai 1999 faisant état d'une récente angine de poitrine et de la lésion d'un vaisseau, d'une claudication intermittente contrôlée en chirurgie cardiovasculaire, de gênes oppressives cliniques persistentes précordiales tant à l'effort qu'au repos (pce 6),
- un rapport médical de transfert d'établissement hospitalier daté du 10 juin 1999 signé du Dr D._____ faisant état de cardiopathie ischémique, d'angine mixte, de lésion obstructive en DA, d'angioplastie, de pose d'un stent et nouvelle angioplastie pour occlusion du stent, d'angine instable au repos après pose du stent, de dislipémie (pce 7),
- un rapport médical daté du 1^{er} juillet 1999 signé du Dr E._____ posant le diagnostic de cardiopathie ischémique et notant une intervention chirurgicale en date du 23 juin 1999 pour trois injections coronariennes (pce 8),
- une attestation d'incapacité de travail pour une durée indéterminée datée du 16 août 1999 (pce 9),
- un rapport médical de synthèse daté du 10 mars 2000 de l'INSS notant un bon état général de l'assuré, une cardiopathie ischémique et une angine déclarée en décembre 1998, une lésion d'un vaisseau 50% en DA avec bonne fonction du ventricule gauche, un triple by-pass aortocoronarien en juin 1999, une vasculopathie artérielle chronique de degré II, une claudication intermittente à 40 mètres limitant l'intéressé pour toutes activités qui requièrent des efforts physiques modérés et une marche prolongée (pce 11),
- un acte de l'INSS daté du 23 mars 2000 reconnaissant l'intéressé en incapacité de travail permanente absolue (pce 12),
- un certificat médical du médecin de famille de l'assuré, le Dr F._____, daté du 23 mars 2000 faisant état de cardiopathie et artériopathie généralisée obstructive depuis 1990, du diagnostic connu de l'assuré (pce 13),
- un rapport médical du 30 juin 2000 pour appendicite aiguë avec évolution favorable (pce 14),

- un rapport d'analyses de laboratoire datées du 3 mars 2006 (pce 32),
- le rapport médical détaillé E 213 de la Sécurité sociale espagnole daté du 19 avril 2006 selon lequel l'intéressé (162cm/72kg BMI: 27.4) présente une cardiopathie ischémique chronique, un status post triple by-pass aortocoronarien, une vasculopathie artérielle périphérique, une claudication intermittente dès 500 mètres, des douleurs aux efforts modérés, soit une incapacité globale sévère limitant l'intéressé à des travaux légers en milieu favorable sans efforts physiques et de nature sédentaire, l'activité pouvant être exercée dans ces conditions à plein temps (pce 33).

C.

L'OAIE transmet le dossier au Dr G._____ de son service médical pour prise de position. Dans son rapport du 24 février 2007 il nota, après l'exposé du diagnostic de cardiopathie sous contrôle de l'assuré et une limitation de marche de 500 mètres pour cause de claudication intermittente, une incapacité avérée de l'assuré de 70% depuis le 15 décembre 1998 pour toute activité lourde, mais la possibilité, comme relevée dans l'E 213, d'exercer une activité légère à plein temps à compter du 1^{er} octobre 1999, soit trois mois après le by-pass aorto-coronarien. A titre d'activités de substitution il proposa celles de surveillant de parking/musée, de magasinier/gestion de stocks, petites livraisons avec véhicules, vendeur en général, réparation de petits appareils et articles domestiques, caissier, vendeur de billets, enregistrement, classement, archivage, saisie de données, scannage (pce 36).

D.

L'OAIE effectua en date du 20 mars 2007 une évaluation de l'invalidité de l'intéressé en application de la méthode générale. Il prit comme référence le salaire d'une personne en Suisse en 2004 avec des connaissances professionnelles spécialisées dans la construction, soit Fr. 5'358.- pour 40 h./sem. et Fr. 5'585.72 pour 41.7 h./sem. usuelles dans la branche et compara ce dernier montant avec la moyenne des revenus des activités de substitution dans le secteur des services collectifs et personnels pour des activités simples et répétitives proposées par le Dr G._____, soit Fr. 4'366.50 pour 40 h./sem. et Fr. 4'552.08 pour 41.7 h./sem. usuelles dans ces activités en 2004, abaissé de 15% tenant compte de l'âge de l'intéressé et d'activités

légères et adaptées, soit Fr. 3'869.26 donnant lieu à une perte de gain de 30.73% ($(5'585.72 - 3'869.26) \times 100 : 5'585.72 = 30.73\%$), soit 31% dès le 1^{er} octobre 1999 (pce 37).

E.

Par projet de décision du 21 mars 2007, l'OAIE informa l'assuré qu'il était ressorti de l'examen de son dossier qu'il n'avait pas eu une incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens de l'assurance-invalidité, nécessitant un taux d'invalidité d'au moins 40% pour bénéficier d'une rente, et qu'une activité lucrative plus légère mieux adaptée à son état de santé était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente comme par exemple surveillant de parking/musée, de magasinier/gestion de stocks, petites livraisons avec véhicules, vendeur en général, réparation de petits appareils et articles domestiques, caissier, vendeur de billets, enregistrement, classement, archivage, saisie de données, scannage (pce 38). Ce projet fut confirmé par décision du 22 mai 2007 (pce 39).

F.

Par acte du 22 juin 2007, l'intéressé interjeta recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral faisant valoir être reconnu en Espagne en invalidité absolue depuis le 23 mars 2000 et ne pas être en mesure d'exercer quelque activité que ce soit. Il conclut implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité; il joignit à son recours quelques documents de la sécurité sociale espagnole attestant de sa qualité de rentier, un rapport d'eco-doppler du 25 avril 2007 et quelques documents médicaux et d'analyses de laboratoire déjà au dossier ou faisant état du diagnostic connu (pce TAF 1). Par envois complémentaires reçus les 8 et 31 août suivant, le recourant porta à la connaissance du Tribunal de céans trois nouveaux rapports médicaux et de nouvelles analyses de laboratoire (pces TAF 4, 8).

Invité à se déterminer sur le recours et la nouvelle documentation médicale, l'OAIE requit l'avis du Dr H._____ de son service médical, lequel, dans son rapport du 17 décembre 2007, prit acte des rapports médicaux des Drs I._____, B._____ et J._____ respectivement des 11 et 27 juin et 18 juillet 2007, des nouvelles analyses de laboratoire du 23 juillet 2007 et encore d'un dernier rapport médical de la Dresse I._____ du 5 août 2007. Il nota que l'ensemble de la documentation médicale se rapportait à la maladie des coronaires de

l'intéressé et qu'aucun élément nouveau excluait une activité légère. Il indiqua que l'assuré souffrait en plus de sa coronaropathie d'une artériopathie périphérique de stade II qui limitait son périmètre de marche à moins de 300 mètres. Le Dr H._____ indiqua que les pathologies remontaient à 1991, étaient cliniquement inchangées, avaient été prises en compte dans l'appréciation du 24 février 2007, que l'investigation des artères cérébrales nouvellement effectuée avait conclu au plus à des mesures thérapeutiques souhaitables en raison de rétrécissements sans conséquence clinique. Il confirma ainsi la prise de position du 24 février 2007 et les possibilités d'activités légères retenues comme possibles (pce 43).

Par réponse au recours du 7 janvier 2008, l'OAIE confirma sa décision. Il releva que si l'incapacité de travail de l'assuré était de 70% depuis le 15 décembre 1998 dans son activité de maçon, elle était de 0% à compter du 1^{er} octobre 1999 dans une activité légère adaptée. Il nota que cette appréciation correspondait à celle du médecin de la Sécurité sociale espagnole figurant dans le rapport E 213 du 19 avril 2006, qui avait encore pu être confirmée, après la nouvelle documentation médicale reçue, par son service médical en date du 17 décembre 2007. Explicitant l'évaluation économique de l'invalidité, il confirma le taux d'invalidité de 31% ne permettant pas l'ouverture du droit à une rente selon la législation suisse (pce TAF 11). Invité à répliquer par ordonnance du 11 janvier 2008 (pce TAF 12), l'intéressé y renonça.

G.

Par décision incidente du 28 février 2008, le Tribunal de céans requit du recourant une avance de frais de Fr. 300.- dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 13-15).

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 à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité peuvent

être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'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^{bis} 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. 1 a 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.

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 compensation [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 le tenor 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 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.3 Le recourant a présenté sa demande de rente le 22 février 2006. 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 22 février 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente

était né entre cette date et le 22 mai 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. 2.1 et 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:

- 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 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5.2 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est pas applicable lorsque l'assuré est un ressortissant suisse ou un ressortissant de l'UE et y réside.

5.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (lettre a), ou l'assuré a

présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b). 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 affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), 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). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 342/05 du 27 juillet 2005).

5.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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.

6.

6.1 Il résulte du dossier que le recourant a travaillé en dernier lieu en tant que maçon, activité qu'il a interrompue mi-décembre 1998 en raison d'une cardiopathie.

6.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu ob-

tenir 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 (art. 16 LPGA).

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

7.

7.1 En l'espèce l'intéressé présente, d'une part, une cardiopathie ischémique traitée en décembre 1998 et, d'autre part, une artériopathie généralisée entraînant une claudication intermittente cliniquement objectivée limitant sensiblement le périmètre de marche de l'intéressé.

7.2 A 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.

8.

8.1 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).

8.2 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} éd., Zurich 2009, art. 42 n°

19 p. 536 et les références; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

9.

9.1 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 351 consid. 3a et les références).

9.2 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 cons. 3b/aa). 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).

10.

En l'espèce, il appert de la documentation médicale que l'intéressé a

cessé toute activité lucrative à compter de décembre 1998 en raison d'une cardiopathie ischémique et d'une artériopathie généralisée entraînant une claudication intermittente dès une distance de marche de 300 mètres et plus généralement une limitation de l'intéressé pour toutes activités nécessitant des efforts modérés en raison d'un triple by-pass aortocoronarien subi en juin 1999. Pour le reste l'intéressé présente un bon état général, il fut relevé par ailleurs, malgré la lésion d'un vaisseau à 50% en DA, une bonne fonction du ventricule gauche.

Le médecin de la Sécurité sociale espagnole a noté pour l'intéressé dans son rapport du 19 avril 2006 la possibilité d'exercer à plein temps une activité légère adaptée en milieu favorable et de type sédentaire en raison d'un périmètre de marche de 500 mètres avant claudication intermittente. Le médecin de l'OAIE a confirmé ce diagnostic dans son rapport du 24 février 2007 tout en ne retenant qu'un périmètre de marche de 300 mètres avant claudication intermittente. Il y a lieu de relever que ce périmètre avait été établi à 40 mètres dans un rapport de synthèse du 10 mars 2000 démontrant en comparaison des rapports médicaux plus récents une bonne amélioration depuis l'intervention subie et les traitements suivis.

Dans son rapport du 24 février 2007 le médecin de l'OAIE retint un nombre élevé d'activités lucratives adaptées légères de type sédentaire qui peuvent être exercées en position assise ou ne nécessitant que de petits déplacements totalement compatibles avec les limitations de l'intéressé qui ne doit pas effectuer d'efforts physiques ni être appelé à effectuer des déplacements de quelque 300 mètres. Dans son rapport du 17 décembre 2007, le Dr H._____, à la suite de la nouvelle documentation médicale reçue en procédure de recours, a confirmé l'avis du Dr G._____ notant qu'aucun élément nouveau n'avait été apporté ou excluait une activité légère. Le Dr H._____ nota s'agissant des nouveaux examens produits relatifs aux artères cérébrales que les résultats n'avaient conclu qu'à des mesures thérapeutiques souhaitables en raison de rétrécissements sans conséquence clinique. Le tribunal de céans ne peut donc que suivre les avis médicaux des Dr G._____ et H._____ et confirmer la position de l'OAIE relevant l'exigibilité d'activités adaptées légères de type sédentaire compatibles avec la pathologie de l'assuré. Il y a d'ailleurs lieu de relever que sauf status post by-pass aorto-coronarien à complication, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, les personnes ayant subi une intervention pour by-pass peuvent reprendre une

activité ordinaire sans problème sous réserve d'éviter les efforts physiques.

11.

11.1 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

11.2 Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires 2004 peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

11.3 En l'espèce l'OAIE a procédé à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus entre le salaire mensuel moyen d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées dans la construction en Suisse en 2004 avec un revenu théorique 2004 selon les activités de substitution simples et légères proposées par le service médical de l'OAIE, sous déduction de 15% pour raison d'âge et de limitations dans les travaux légers et a constaté que l'assuré, du fait de son invalidité, subissait une diminution de sa capacité de gain de 31%. Les montants et le taux de 31% (cf. supra consid. D) peuvent être confirmés. Dans ce calcul, le revenu après invalidité a été réduit de 15% pour des raisons liées au handicap et à l'âge de l'assuré (l'intéressé avait 60 ans en 2005). Or même un abattement de 20%, voire maximal de 25% du revenu pris en compte avec invalidité, notamment pour raison d'âge et accessoirement de mobilité réduite, ne permettrait pas d'atteindre le seuil de 40%.

12.

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et 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 (art. 21 al. 4 LPGA; arrêt du Tribunal fédéral I 294/99 du 4 juillet 2000 consid. 1; ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c; UELI KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Zurich/St-Gall 2008, p. 204; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., Berne 2003, p. 122 s., 235, 268 ss). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 1999 p. 247 consid. 1; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

13.

Vu ce qui précède, il s'ensuit que c'est à juste titre que la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par le recourant le 22 février 2006 a été rejetée par décision du 22 mai 2007 de l'OAIE.

14.

14.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant debouté (art. 69 al. 2 LAI en relation avec l'art. 63 al. 1 et al. 5 PA et l'art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie.

14.2 Il n'est pas allouée de dépens (art. 64 al. 1 PA a *contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

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 :