



Cour III
C-5437/2007
{T 0/2}

Arrêt du 26 juin 2009

Composition

Vito Valenti (président du collège), Alberto Meuli et
Francesco Parrino, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître José Nogueira Esmorís,
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 20 juillet 2007).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____ a travaillé en Suisse de 1969 à 1973 et de 1977 à 1990 comme membre du service de nettoyage dans un hôpital, employé dans une buanderie et aide-magasinier (pces 6; 15 p. 2; 17). De retour en Espagne, il a été en dernier lieu engagé comme pompiste du 11 novembre 2000 au 30 avril 2001 (pces 8; 9 p. 3). Après avoir été au chômage du 1^{er} mai 2001 au 9 mai 2006 (pce 1 p. 2), la sécurité sociale espagnole l'a mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 10 mai 2006 (pce 1 p. 3). En date du 6 avril 2006, il a présenté une demande de prestation de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de seguridad Social (INSS; pce 1), laquelle 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:

- un rapport du 7 août 2005 établi au centre B._____ indiquant que l'assuré a été hospitalisé du 1^{er} au 7 août 2005 et faisant part d'insuffisance cardiaque gauche, de sténose de l'aorte modérée, d'infection respiratoire, de tabagisme et d'éthylisme actifs ainsi que d'hypercholestérolémie (pce 11),
- un rapport du 19 août 2005 établi au centre B._____, service des urgences (pce 12),
- un rapport du 4 octobre 2005 établi au centre B._____ indiquant que l'assuré a été hospitalisé du 11 septembre au 4 octobre 2005 et faisant part d'une opération au cours de laquelle la valve aortique a été remplacée par une prothèse mécanique (pce 14; il semble que la page 2 de ce rapport se trouve à la p. 2 de la pce 13),
- un rapport médical E 213 du 8 mai 2006 faisant part notamment d'une sténose aortique sévère, du remplacement de la valve aortique par une prothèse en date du 29 septembre 2005, d'une thérapie anticoagulante par voie orale et d'une dyspnée de classe fonctionnelle II (pce 15 p. 8),

- le questionnaire pour l'assuré non daté, envoyé à l'OAIE le 14 novembre 2006, dans lequel l'intéressé indique qu'il ne travaille plus depuis le 30 avril 2001 (pce 9),
- le questionnaire pour l'employeur daté du 11 décembre 2006, indiquant que l'assuré a travaillé à temps complet comme pompiste dans l'entreprise C._____ du 11 novembre 2000 au 30 avril 2001; il est notamment précisé que l'intéressé exerçait une tâche légère avec exposition au froid et à des agents chimiques (pce 8),
- un rapport médical du 15 janvier 2007 établi au centre B._____, service de cardiologie, et signé par le Dr D._____, faisant notamment part des derniers examens effectués sur l'assuré (pce 16).

C.

L'OAIE soumet le dossier au Dr E._____, qui, dans sa prise de position datée du 25 mars 2007 (pce 18), retient le diagnostic de status après remplacement de la valve aortique pour sténose avec thérapie anticoagulante. Il conclut que l'assuré ne présente pas une incapacité de travail dans ses anciennes professions de pompiste et d'aide-magasinier.

D.

Par projet de décision du 29 mars 2007 (pce 19), l'OAIE informe l'intéressé que, selon lui, il ne présente pas une incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, pour faire naître un droit à une rente. Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'invalidité au sens de la législation suisse en matière d'assurance-invalidité, de sorte que la demande de l'assuré doit être rejetée.

E.

Par acte daté du 3 mai 2007 (pce 20), l'assuré, représenté par Maître José Nogueira Esmorís, fait parvenir une écriture au Tribunal administratif fédéral, dans laquelle il signale son désaccord quant au projet de décision susmentionné. Faisant valoir ses affections, il souligne qu'il a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail totale en Espagne et produit la décision y relative de la sécurité sociale espagnole (pces 24 et 25). Il conclut à l'octroi d'une rente entière ou, subsidiairement, à l'octroi de trois quarts de rente, ou,

subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente ou, subsidiairement, à l'octroi d'un quart de rente. Par décision du 29 mai 2007, le Tribunal de céans n'entre pas en matière sur ladite missive du 3 mai 2007 et transmet cette dernière à l'OAIE pour compétence (pce 22).

F.

Par décision du 20 juillet 2007 (pce 23), l'OAIE rejette la demande de prestation de l'assuré.

G.

Par acte du 13 août 2007 (pce TAF 1), l'intéressé interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Reprenant les conclusions faites dans son acte du 3 mai 2007, il souligne ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative quelconque, même légère ou sédentaire.

H.

H.a

Invitée à se déterminer par le Tribunal de céans, l'autorité inférieure, dans sa réponse au recours du 23 octobre 2007 (pce TAF 4), relève que, selon son service médical et compte tenu de l'ensemble du dossier, le recourant ne présente pas une incapacité de gain suffisante pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité selon la législation sociale suisse. Elle propose ainsi le rejet du recours.

H.b Invité à répliquer par décision incidente du 14 novembre 2007 (pce TAF 5), notifiée le 16 novembre 2007 (pce TAF 6), le recourant renonce à déposer ses observations.

I.

Par ladite décision du 14 novembre 2007, le Tribunal de céans invite également l'intéressé à verser, dans un délai de 14 jours dès notification de l'acte, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- dont le montant est versé le 30 novembre 2007 (pce TAF 7 p. 2).

J.

Par ordonnance du 31 janvier 2008 (pce TAF 8), le Tribunal administratif fédéral signale aux parties que l'échange d'écritures est clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées.

K.

Par ordonnances du 21 août 2007 et du 22 août 2008, le Tribunal de céans informe le recourant de la composition du collège (pces TAF 2 et 9). Celles-ci ne seront pas contestées.

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), 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 Conformément à 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. 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.

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). La présente procédure est ainsi régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Les dispositions de la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont pas applicables.

3.3 Le recourant a présenté sa demande de rente le 6 avril 2006 (pce TAF 1). 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 6 avril 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 20 juillet 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 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, art. 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 (pce 7) 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 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'impotence 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

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.

7.1 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; ATF 125 V 193 consid. 2).

7.2 Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration (art. 43 LPGa). La portée de cette maxime est déterminée par les exigences susmentionnées concernant l'appréciation des preuves. Elle a pour conséquence que l'administration prendra d'office toute mesure nécessaire à établir un dossier de la cause complet permettant d'établir les faits pertinents conformément au degré de vraisemblance prépondérante (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich Bâle Genève 2009, art. 43 n° 12, 17 et 30). Dans cette optique, l'autorité procédera à une instruction complémentaire, lorsque celle-ci apparaît être suffisamment justifiée au vu des allégations des parties ou d'autres éléments ressortant du dossier (ATF 117 V 282 consid. 4a).

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 Il appert notamment du rapport E 213 daté du 8 mai 2006 que l'assuré présente un status après remplacement de la valve aortique suite à une sténose sévère en date du 29 septembre 2005 et une dyspnée de classe fonctionnelle II. 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.

9.2 Il convient ensuite de déterminer dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative peut, sur le plan médical, être exigé de l'intéressé.

9.2.1 Le Dr E._____, médecin de l'OAIE, retient, dans sa prise de position du 25 mars 2007 (pce 18), que les anciennes activités exercées par le recourant (pompiste et aide-magasinier) sont toujours

exigibles de sa part à temps complet. Selon lui, l'assuré a présenté une incapacité de travail pendant seulement une courte période en rapport avec l'intervention chirurgicale de 2005, de sorte que l'on ne peut retenir une maladie de longue durée ouvrant le droit à une rente.

9.2.2 Cette appréciation s'accorde avec les conclusions du médecin de l'INSS. En effet, le Dr F._____, dans le rapport médical E 213 du 8 mai 2006, indique notamment que l'opération au coeur effectuée sur l'assuré le 29 septembre 2005 n'a pas donné lieu à des complications postopératoires. Il retient toutefois chez l'intéressé une dyspnée de classe fonctionnelle II et une limitation fonctionnelle pour effectuer des efforts physiques importants et des tâches avec risques de traumatisme (pce 15 p. 8). Par ailleurs il fait part d'une mobilité conservée du rachis et des membres supérieurs et inférieurs ainsi que de l'absence de pathologies neurologiques tant au niveau de la marche que des mouvements (pce 15 p. 5). Bien qu'il ne réponde pas expressément à la question 11.4 du formulaire demandant si l'assuré est toujours à même d'exercer sa dernière profession, il conclut que celui-ci peut accomplir une activité mi-lourde de façon régulière pour autant que celle-ci ne l'expose pas à des risques de chutes (pce 15 p. 8-9). Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans peut donc constater que, sur le plan médical, le rapport médical E 213 confirme l'exigibilité à plein temps de l'ancienne profession de pompiste exercée par le recourant. On note en particulier que cette profession est expressément qualifiée de légère par l'ancien employeur de l'intéressé (pce 8 p. 1).

9.2.3 Le rapport médical du 15 janvier 2007 (pce 16), signé par le Dr D._____, ne contient pour sa part pas d'éléments objectifs permettant de semer un doute suffisant sur les conclusions des Drs E._____ et F._____. En effet, ce rapport fait notamment part (1) d'une échographie cardiaque effectuée le 15 mars 2006 selon laquelle, notamment, le patient présentait une fraction d'éjection de 35%, (2) du remplacement de la valve aortique par une prothèse mécanique le 29 septembre 2005 et (3) d'une échographie cardiaque effectuée le 30 janvier 2006 montrant que la prothèse fonctionne normalement. Ce rapport indique également que l'intéressé est soumis à un contrôle annuel avec électrocardiogramme, échographie cardiaque et analyses et informe que le recourant présente un grade fonctionnel I (concernant la classification des grades fonctionnels en rapport avec les maladies cardiaques, cf. ARMANDO MORI, La

classificazione NYHA e la disfunzione meccanica in cardiologia forense, in: Rassegna di medicina legale previdenziale - XVI - 2003, p. 29 p. 28). Ces dernières informations, à savoir le bon fonctionnement de la prothèse et le grade fonctionnel I retenu chez le recourant, permettent de conclure à un développement positif de l'affection dont souffre l'intéressé. Dans ces circonstances, le fait qu'il présentait, lors de l'échographie cardiaque du 15 mars 2006, une fraction d'éjection de seulement 35% ne saurait être déterminant (cf. à ce sujet, MARCEL GARNIER, VALÉRY DELAMARE, JEAN DELAMARE, THÉRÈSE DELAMARE, JACQUES DELAMARE, Dictionnaire illustré des termes de médecine, 29^{ème} édition, Paris 2006 dont les auteurs, sous le terme "éjection ventriculaire [fraction d']", retiennent que la valeur normale de cet indice est voisine de 0.60). Par ailleurs, on observe que l'intéressé, représenté par un avocat, n'a fourni aucun document objectif permettant de remettre en cause les conclusions des Drs E._____ et F._____. Le Tribunal de céans peut donc conclure que, sur le plan médical, le recourant ne présente pas une incapacité de travail d'au moins 40% dans ses anciennes professions de pompiste et d'aide-magasinier.

10.

Au vu de ce qui précède, il appert que l'autorité inférieure a à juste titre rejeté la demande de prestations du recourant. Le présent recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

11.

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 (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et références citées ; ATF 115 V 38 consid. 3d). 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).

12.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69

al. 2 LAI et 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. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 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.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué 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. 44 ss, 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 :