



Cour III
C-6576/2012

Arrêt du 20 novembre 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,
Nicole Ricklin, greffière.

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 19 novembre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant français né le (...) 1962, divorcé, père de trois enfants, a travaillé en Suisse comme frontalier de 1989 à 2007 et cotisé à l'AVS/AI suisse (AI dossier 2 pce 58).

B.

Le 9 novembre 2006, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI-GE) parce qu'il avait subi un anévrisme de l'aorte thoracique le 18 avril 2006 (AI dossier 1 pce 09/11/2006). Vu les problèmes cardiaques, l'OAI-GE a accordé à l'assuré des mesures de réadaptation professionnelle entre septembre 2008 et mai 2009 où celui-ci a acquis des connaissances en informatique (AI dossier 1 pce 29/06/2009). Par décision du 18 septembre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), compétent pour rendre la décision, a constaté que les mesures de réadaptation professionnelle suffisaient et que l'assuré n'avait pas droit à d'autres prestations de l'assurance-invalidité, étant donné que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assuré présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et subissait une perte de gain de 22 %, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité (AI dossier 1 pce 18/09/2009). La décision du 18 septembre 2009 est entrée en force.

C.

L'assuré touche depuis janvier 2011 une rente d'invalidité de la sécurité sociale française qui a transmis la demande de prestations également à l'assurance-invalidité suisse pour examen du droit aux prestations (AI dossier 2 pces 6 à 8). Dans le questionnaire rempli le 2 septembre 2011, l'assuré a indiqué qu'il ne travaillait plus depuis avril 2006 suite aux séquelles d'une opération à cœur ouvert (AI dossier 2 pce 21). Dans sa prise de position du 13 octobre 2011, le Dr B._____ du SMR a estimé qu'il fallait solliciter un bilan cardiologique récent afin d'évaluer l'exigibilité dans une activité adaptée. Dans le formulaire E 213 rempli le 6 décembre 2011, le Dr C._____ a indiqué que l'assuré souffrait des séquelles d'un anévrisme de l'aorte opéré, présentait une dyspnée pour des efforts légers, avait une force et un tonus musculaire dans la norme, mais une démarche pesante, et ne pouvait plus exercer ni la dernière activité ni un travail adapté (AI dossier 2 pce 28). Dans son rapport du 25 janvier 2012, le Dr B._____ a relevé que, contrairement à la demande de l'OAIE, aucun bilan cardiologique n'avait été fourni, la situation après l'opération de

l'anévrisme de l'aorte ascendante était stabilisé, l'activité de magasinier nécessitant une bonne forme physique et l'emploi de force n'était plus exigible, mais une activité légère et sédentaire respectant les limitations fonctionnelles restait entièrement exigible (AI dossier 2 pce 44). Le 16 août 2012, le Dr B._____ a encore attesté un état de santé inchangé depuis la dernière décision de rejet du 18 septembre 2009 puisqu'il n'y avait aucune péjoration sur le plan cardiaque et que l'atteinte pulmonaire n'avait jamais motivé une incapacité de travail de longue durée (AI dossier 2 pce 51).

D.

Par projet de décision du 18 septembre 2012, l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations parce qu'une précédente demande avait été rejetée par décision du 18 septembre 2009 entrée en force et que l'assuré présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée où il subirait une perte de gain de 22 %, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (AI dossier 2 pce 52). L'assuré n'a pas formulé d'observations. L'OAIE a rendu sa décision le 19 novembre 2012 conformément au projet (AI dossier 2 pce 53).

E.

Par courrier du 19 décembre 2012, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral en concluant à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité (TAF pce 1). Il a joint à son recours entre autres un certificat du Dr D._____, cardiologue, du 27 novembre 2012, un rapport d'échographie du cœur du 19 décembre 2012, des résultats d'analyses sanguines du 23 novembre 2012 et une expertise médicale du Dr E._____ du 20 décembre 2011.

F.

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 15 mars 2013, le Dr B._____ du SMR a constaté que l'échographie cardiaque du 19 décembre 2012 démontrait une fonction systolique dans la norme, une prothèse aortique fonctionnelle avec fuite stable modérée ainsi qu'une insuffisance mitrale modérée, ces observations échographiques n'ayant aucune répercussion clinique au niveau cardiaque, la situation étant hémodynamiquement bien compensée. Le Dr B._____ a relevé que l'atteinte pulmonaire pouvait limiter l'assuré dans les efforts importants et modérés mais pas dans une activité légère et que le status clinique lors de l'expertise du Dr E._____ était tout à fait compatible avec une activité légère et sédentaire (AI dossier 2 pce 55). Dans

sa réponse au recours du 26 mars 2013 (TAF pce 5), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

G.

Dans sa réplique du 14 avril 2013, le recourant a fait valoir que la Sécurité sociale française lui reconnaissait une invalidité de 2^e catégorie, qu'il était inscrit au chômage français depuis 2009 et n'avait jamais eu aucune proposition d'emploi. Il a joint à sa réplique entre autres un rapport médical angiologique de la Dresse F._____ du 6 avril 2013 (TAF pce 7). Il s'est acquitté de l'avance de frais demandée de 400 francs le 15 avril 2013 (TAF pce 8).

H.

Appelé à se prononcer à nouveau, le Dr B._____ du SMR a relevé, dans sa prise de position du 16 mai 2013, que le contrôle angiologique était tout à fait dans la norme et parlait en faveur d'une excellente évolution post opératoire ainsi que d'un bon état des artères (AI dossier 2 pce 57). Dans sa duplique du 23 mai 2013 (TAF pce 10), l'OAIE a réitéré ses conclusions.

I.

Le recourant a encore présenté des observations les 25 juin 2013 et 24 août 2013 (TAF pces 13 et 17). L'OAIE a maintenu ses conclusions par courrier du 30 juillet 2013 (TAF pce 15).

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 prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. 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. 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. Selon 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 1er 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 1er 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. Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) et (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11), valables dans les relations entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne dès le 1^{er} avril 2012, avec l'entrée en vigueur de l'annexe II révisée de l'ALCP, et qui remplacent les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, sont également applicables dans la présente procédure.

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.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la révision 6a (premier volet) de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012 vu la date de la décision attaquée.

4.

4.1 La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente du 9 novembre 2006 ayant été rejetée par décision de l'OAIE du 18 septembre 2009 en raison d'une pleine capacité de travail dans une acti-

vité de substitution et d'une perte de gain ainsi que d'un taux d'invalidité de 22 %.

4.2 En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou accordée pour une période limitée, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

4.3 Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

4.4 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont également applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3, 109 V 264 consid. 3).

4.5 En l'espèce, l'OAIE n'a pas rendu de décision de refus d'entrer en matière, mais a examiné la nouvelle demande matériellement. Le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 19 novembre 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 136 V 24 consid. 4.3 avec les réf.).

5.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPG/LAI et
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 LPG, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 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 na-

ture et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LA). 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. 29 al. 4 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 plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

6.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins. Une incapacité de gain de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.4 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 LPGa). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGa 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

7.

7.1 Le recourant a travaillé en Suisse comme magasinier jusqu'à son opération cardiaque en 2006, il a ensuite bénéficié de mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité entre septembre 2008 et mai 2009 et cherche un emploi depuis cette date.

7.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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 mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale).

7.3 Dans les cas où il est particulièrement difficile de déterminer les revenus avant et après l'invalidité, tout particulièrement s'agissant des indépendants, la jurisprudence admet que l'évaluation de la perte de gain soit faite, exceptionnellement, par une méthode dite extraordinaire. Celle-ci consiste à déterminer les répercussions économiques de la baisse de rendement sur la situation concrète où se déploie l'activité (cf. ATF 128 V 29 consid. 1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 2183). Concrètement, en application de cette méthode, on constate d'abord l'empêchement dû à l'atteinte à la santé et, ensuite, on examine les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (VSI 1998 p. 121; SVR 1996 IV n. 74 consid. 2b). Toutefois, si l'intéressé a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (VALTERIO, op. cit. n° 2184; arrêt du Tribunal fédéral I 499/02 du 17 juin 2003 consid. 6 et les références).

7.4 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut

encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.

8.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

8.2 Le Tribunal des assurances 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.

9.1 En l'espèce, dans la décision du 18 septembre 2009, l'OAIE a retenu que les mesures de réadaptation professionnelle suffisaient et que l'assuré n'avait pas droit à d'autres prestations de l'assurance-invalidité, étant donné que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assuré présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et subissait une perte de gain de 22 %, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité (AI dossier 1 pce 18/09/2009). L'intéressé n'a pas présenté une nouvelle demande de prestations, mais la Sécurité sociale française a transmis la demande de l'assuré de janvier 2011 à l'assurance-invalidité suisse, ce qui a conduit l'OAIE à examiner une nouvelle demande. L'assuré ne fait pas valoir une péjoration de son état de santé depuis le 18 septembre 2009.

9.2 Dès lors, compte tenu du dossier existant et à défaut d'autres documents médicaux apportés par l'assuré, le Tribunal de céans ne peut que

retenir que l'évaluation de l'invalidité lors de la décision du 18 septembre 2009 entrée en force reste valable puisque l'assuré présente toujours une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles étant donné que les observations échographiques du 19 décembre 2012 (un mois après la décision litigieuse) n'ont aucune répercussion clinique au niveau cardiaque, la situation étant hémodynamiquement bien compensée et l'atteinte pulmonaire pouvant limiter l'assuré dans les efforts importants et modérés mais pas dans une activité légère et sédentaire.

9.3 Dans ses écritures le recourant conteste que le service médical de l'assurance-invalidité puisse se déterminer sur son état de santé sans l'avoir vu. Le grief n'est point pertinent car il appartient justement au service médical de l'AI de se prononcer sur la base du dossier et d'instruire plus à fond notamment par le biais d'expertises médicales, en cas de dossiers médicaux contradictoires ou incomplets. Si l'administration, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit être procédé d'office, est convaincue 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3 et les références; VALTERIO, op. cit., n° 2867). En l'occurrence le dossier ne présentant pas d'incohérence, l'appréciation retenue par le service médical de l'AI d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas lieu d'être mise en doute.

10.

10.1 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.

10.2 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, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidité 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.

11.1 En l'espèce il y a ainsi lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale. En effet, l'intéressé a cessé son activité lucrative en 2006 et ne l'a pas reprise depuis lors, un bref essai de reprise de l'ancienne activité en 2007 n'ayant pas été fructueux. L'OAIE a déjà procédé à une comparaison de revenu lors de la décision du 18 septembre 2009 et a relevé que la perte de gain et donc le taux d'invalidité était de 22 %. Etant donné que le recourant présente toujours la même capacité de travail, on ne voit pas pourquoi le taux d'invalidité se serait modifié dès lors, en tout cas pas dans une mesure qui ouvrirait le droit à une rente. Il appert de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

11.2 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 (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). 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).

11.3 Le recours, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre

1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10], applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

11.4 Les frais de procédure, fixés à 400 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquittée au cours de l'instruction.

11.5 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance de même montant déjà fournie.

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. _____; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Nicole Ricklin

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 fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :