



Cour III
C-7424/2007
{T 0/2}

Arrêt du 27 mai 2009

Composition

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

Parties

A. _____,
représenté par Bergantiños Convenios Internacionales,
Marcelino Freire Nión,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 20 septembre 2007).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____ a travaillé en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance entre 1979 et 1980 et entre 1985 et 1986 (pces 6 et 39). De retour en Espagne, il a exercé la profession de maçon à son compte. Par acte du 11 janvier 2006, la sécurité sociale espagnole l'a mis au bénéfice d'une rente pour invalidité permanente absolue (pces 14 et 15). Le 29 décembre 2005, l'intéressé a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de seguridad Social (INSS; pce 1 p. 7), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- un rapport médical du 9 mai 2003, selon lequel l'intéressé a été hospitalisé à l'hôpital B._____ du 2 au 9 mai 2003; il est fait état d'une hépatopathie chronique d'origine éthylique, d'un premier épisode de décompensation hydropique, d'hypertension portale, d'hypersplénisme avec bicyto-penie (pce 24),
- un rapport médical du 11 juillet 2003, selon lequel l'intéressé a été hospitalisé à l'hôpital B._____ du 1er au 11 juillet 2003 suite à une hémorragie anale causée par fissure anale (pce 25),
- un rapport médical du 8 août 2003, selon lequel l'intéressé a été hospitalisé à l'hôpital B._____ a du 31 juillet au 8 août 2003; il est fait état d'une hépatopathie chronique avec hypertension portale, d'encéphalopathie et d'anémie suite à une saignée de l'appareil digestif en relation probable à une fissure anale (pce 26),
- un rapport médical du 14 septembre 2003, selon lequel l'intéressé a été hospitalisé à l'hôpital B._____ du 11 au 14 septembre 2003 pour hémorroïdectomie (pce 27),

- un rapport du 23 mars 2004 suite à une endoscopie de l'appareil digestif effectuée au centre hospitalier C._____ faisant part de varices oesophagiennes, de gastropathie et de duodénite érythémateuse (pce 28),
- un rapport médical du 13 septembre 2004 signé par le Dr D._____ faisant part de hernies discales (pce 29),
- un rapport médical du 23 novembre 2004 signé par le Dr F._____ faisant part d'une hernie discale L3-L4 gauche et de discopathies L4-L5 et L5-S1; selon ce rapport, l'assuré présente des lombalgies l'empêchant de réaliser tout travail; le Dr F._____ conclut à la nécessité d'une intervention chirurgicale (pce 30),
- un rapport médical du 8 juillet 2005, selon lequel l'intéressé a été hospitalisé au centre hospitalier C._____ du 6 au 8 juillet 2005 pour biopsie hépatique (pce 32),
- un rapport médical du 19 octobre 2005, selon lequel l'intéressé a été hospitalisé au centre hospitalier C._____ du 8 au 19 octobre 2005; il est fait part d'hémorragie de l'appareil digestif causée par des varices oesophagiennes et d'hépatite chronique (pce 33),
- un rapport médical du 7 novembre 2005, selon lequel l'intéressé a été hospitalisé au centre hospitalier C._____ du 24 octobre au 7 novembre 2005; il est fait part de cirrhose éthylique, de varices oesophagiennes avec hémorragie ancienne de l'appareil digestif et sclérothérapie ainsi que de décompensation hydropique (pce 34),
- un certificat du 15 décembre 2005 établi au centre hospitalier C._____ indiquant que l'assuré se trouve sur la liste des candidats pour une greffe du foie (pce 35),
- un rapport E 213 du 28 décembre 2005 signé par la Dresse E._____ faisant part d'hépatite chronique d'origine probablement éthylique et de hernie discale avec trouble radiculaire (pce 36 p. 8).

- le questionnaire pour indépendants daté du 20 septembre 2006, dans lequel l'intéressé indique qu'il a travaillé sans restriction à plein temps jusqu'en 2004 (pce 20),
- le questionnaire à l'assuré daté du 20 décembre 2007 [recte: 2006], dans lequel ce dernier indique qu'il a travaillé à temps complet jusqu'au 5 août 2004 (pce 22),

C.

L'OAIE soumet le dossier au Dr G._____, de son service médical, qui retient, dans son rapport daté du 8 mars 2007 (pce 40), (1) le diagnostic principal d'hépatopathie sur éthylisme chronique avec varices oesophagiennes et (2) le diagnostic associé, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies communes. Retenant que, selon le E 213 un travail léger est exigible de l'assuré, il conclut à une incapacité de travail de ce dernier pour la dernière activité professionnelle de 70% et de 0% pour des activités de substitution à partir du 5 août 2004. Selon lui, l'intéressé est à même de travailler à temps complet en tant que concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking ou de musée, réparateur de petits appareils et d'articles domestiques, vendeur de billets ou employé pour des activités simples de bureau et d'administration, sans qualification spéciale.

D.

D.a Sur ces bases, l'OAIE effectue par acte du 19 avril 2007 (pce 41) une évaluation de l'invalidité de l'intéressé en s'appuyant sur l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2004 (cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>). Il prend comme référence sans invalidité le salaire mensuel moyen d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur de la construction (niveau de qualification 3) soit Fr. 5'358.- pour 40 h./sem. et Fr. 5'585.72.- pour 41.7 h./sem. (temps de travail selon l'Office fédéral de la statistique).

S'agissant du salaire de comparaison avec invalidité, l'OAIE remarque que les activités de substitution proposées par le Dr G._____ y sont comparables à des activités simples et répétitives dans les secteurs « autres services collectifs et personnels » (Fr. 4'181.-), « commerce de détail » (Fr. 4'280.-), et « services fournis aux entreprises »

(Fr. 4'333.-) soit une moyenne de Fr. 4'264.67.- pour 40 h./sem. et de Fr. 4'435.26.- pour 41.6 h./sem. (temps de travail selon l'Office fédéral de la statistique). Ce dernier montant est ensuite réduit de 5% ($4'435.26 - 221.76 = \text{Fr. } 4'213.50$), afin de tenir compte du fait que l'assuré ne peut effectuer que des activités adaptées légères.

D.b Partant, l'office compare un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 5'585.72.- à un salaire avec invalidité de Fr. 4'213.50.-. Le calcul de la perte de gain est le suivant: $[(5'585.72 - 4'213.50) \times 100] : 5'585.72 = 24.57\%$.

E.

Par projet de décision du 1^{er} mai 2007 (pce 42), l'OAIE informe l'intéressé que, selon lui, il convient certes de retenir une incapacité de gain dans sa dernière activité lucrative mais que par contre un travail de substitution plus léger, mieux adapté à son état de santé est exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il précise qu'il est sans importance pour l'évaluation du degré d'invalidité qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non et conclut que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de la législation suisse.

F.

L'intéressé, représenté par Bergantiños Convenios Internacionales, demande un délai supplémentaire pour produire ses remarques au projet de décision susmentionné, ce que l'autorité inférieure lui accorde (cf. pces 44 et 45). Par acte du 21 août 2007 (pce 50), il fait part de son désaccord quant au projet de rejet. Mettant en exergue ses affections, il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité selon le droit des assurances sociales suisse. En cas de nécessité, il donne son consentement à être examiné par un service médical en Suisse. A l'appui de ses observations, il produit la documentation médicale suivante:

- un rapport médical du 16 avril 2005 signé par le Dr H._____, selon lequel l'assuré a été hospitalisé du 15 au 16 avril 2005 au centre hospitalier C._____, service de neurologie; le Dr H._____ signale que le patient doit être opéré pour hernie discale (pce 46),

- un rapport médical du 26 juillet 2007 signé par le Dr I. _____ faisant part d'une cirrhose hépatique et d'hypertension portale (pce 47),
- un rapport médical du 14 août 2007 suite à un scanner lombaire signé par le Dr D. _____ faisant part de hernies discales (pce 48),
- un rapport médical du 18 août 2007 signé par le Dr J. _____, orthopédiste, recommandant entre autres à l'assuré d'éviter de rester en position debout ou assise de façon prolongée et de ne pas porter de charges.

G.

Appelé à se déterminer sur les documents produits en procédure d'audition, le Dr G. _____, dans sa prise de position du 6 septembre 2007 (pce 52), ne décèle aucun motif de modifier sa détermination antérieure.

H.

Par décision du 20 septembre 2007 (pce 54), l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assuré, en précisant notamment que la nouvelle documentation produite confirme les atteintes à la santé connues et n'apporte pas d'éléments nouveaux.

I.

Par acte du 1^{er} novembre 2007 (pce TAF 1), l'intéressé interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Reprenant les conclusions faites dans son écriture du 21 août 2007, il conclut à un droit de recevoir une rente d'invalidité selon le droit des assurances sociales suisse. Par ailleurs, il produit de la documentation déjà versée au dossier (acte de la sécurité sociale espagnole du 11 janvier 2006 [= pce 14]; rapports médicaux du 7 novembre 2005 [= pce 34], du 19 octobre 2005 [= pce 33], du 8 juillet 2005 [= pce 32], du 8 août 2003 [= pce 26], du 9 mai 2003 [= pce 24], du 11 juillet 2003 [= pce 25], du 14 septembre 2003 [= pce 27], du 26 juillet 2007 [= pce 47] et du 14 août 2007 [= pce 48].

J.**J.a**

Invitée à se déterminer par le Tribunal de céans, l'autorité inférieure,

dans sa réponse au recours du 14 janvier 2008 (pce TAF 3), relève que, selon les prises de position de son service médical du 8 mars 2007 et du 6 septembre 2007 le recourant ne peut certes plus accomplir sa profession exercée jusqu'alors mais qu'une activité de substitution plus légère est exigible de lui à temps complet. Suite à un calcul comparatif des revenus, il appert que le recourant présente une perte de gain de 25%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'autorité inférieure conclut ainsi au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

J.b Par réplique du 29 février 2008 et duplique du 16 avril 2008, les parties réitèrent leurs conclusions (pce TAF 7 et 9).

K.

Par décision incidente du 17 janvier 2008 (pce TAF 4), le Tribunal de céans invite le recourant à verser une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- dont le montant est versé sur le compte du Tribunal administratif fédéral le 8 février 2008 (pce TAF 6 p. 2).

L.

Par courrier du 10 février 2009, le recourant demande des informations au Tribunal de céans quant à l'état de la procédure (pce TAF 11). Dans sa lettre du 3 mars 2009, le Tribunal administratif fédéral répond qu'un arrêt sera rendu le plus rapidement possible (pce TAF 12).

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 29 décembre 2005 (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 29 décembre 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 20 septembre 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, 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 6) 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 mé-

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

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

général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et références citées).

8.

8.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). 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 de la documentation médicale produite que l'assuré souffre, d'une part, d'hépatopathie d'origine probablement éthylique avec notamment confirmation du diagnostic de cirrhose et, d'autre part, de hernie discale avec trouble radiculaire (cf. notamment le rapport E 213 du 28 décembre 2005 [pce 36]). 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 d'examiner la capacité de travail de l'assuré.

9.2.1 L'autorité inférieure, se basant sur les prises de position du 8 mars et du 6 septembre 2007 du Dr G._____, de son service médical (pces 40 et 52), retient que le recourant ne peut certes plus accomplir son ancienne activité mais qu'une activité plus légère est exigible de sa part à plein temps. Il se pose la question de savoir si l'instruction de la cause a été menée d'une manière suffisamment approfondie pour permettre un jugement valable sur ce point.

9.2.2 S'il est vrai que les documents émanant du service médical d'un assureur ont en principe pleine valeur probante, le Tribunal fédéral a toutefois posé des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Un doute, même minime, suffit à rendre une instruction complémentaire

nécessaire (cf. supra 8.2). En l'espèce, le Dr G._____ prétend, dans sa prise de position du 8 mars 2007 (pce 40 p. 2), que, selon le formulaire E 213 du 28 décembre 2005, établi par la Dresse E._____, l'exercice d'une activité légère serait exigible du recourant. Certes, le médecin de l'INSS retient de façon générale que le recourant peut exercer un travail devant un écran de vidéo moyennant un grand nombre de limitations (pce 36 p. 9). Il ne répond toutefois pas à la question 9 du formulaire demandant si l'intéressé est à même d'exercer une activité lucrative légère de façon régulière (pce 36 p. 8). De plus, il se limite à indiquer que l'assuré ne peut plus exercer sa profession de maçon, sans prendre position quant à l'exigibilité d'une activité adaptée (pce 36 p. 10 ch. 11.4 à 11.6). Par ailleurs, la Dresse E._____ signale que, selon la sécurité sociale espagnole, le recourant présente des déficits importants pour toute sorte d'activité ("menoscabo funcional significativo para toda actividad" [pce 36 p. 10]; cf. également l'acte de la sécurité espagnole du 11 janvier 2006 [pce 14]). Elle précise aussi que l'intéressé est placé sur la liste des candidats pour une greffe du foie et qu'une intervention pour hernie discale est prévue (pce 36 p. 8 et 10). Au vu de ces éléments, on ne saurait conclure que le E 213 du 28 décembre 2005 confirme l'appréciation du Dr G._____. Bien plus, ce document est de nature à semer le doute quant au point de savoir si le recourant est effectivement à même d'exercer à plein temps une activité de substitution plus légère. Ces incertitudes ne peuvent être levées par aucun autre document médical versé au dossier. Dans ces conditions, l'administration se devait de compléter l'instruction par des investigations complémentaires.

9.2.3 De surcroît, il est à souligner que, au moment où la décision litigieuse a été rendue, le E 213 datait de plus d'une année et demi.

9.2.4 La décision attaquée, prononcée le 20 septembre 2007, a ainsi été prise sur la base d'une documentation médicale incomplète, imprécise et en partie trop ancienne.

9.3 Il appert par conséquent que la cause n'est pas en état d'être jugée. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer celle-ci à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant toutes les expertises nécessaires à un examen de la demande de prestations. L'autorité inférieure veillera notamment à ce que soit produit un rapport médical actualisé sur l'état de santé du recourant

avec prise de position circonstanciée par un orthopédiste/neurologue et par un gastro-entérologue/hépatologue. Ces spécialistes devront également déterminer, en pour cent, la capacité de travail du recourant dans des activités de substitution adaptées. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

10.

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé à titre d'avance de frais lui est restitué.

11.

Le recourant ayant agi en étant représenté par Bergantiños Convenios Internacionales, soit un mandataire professionnel au sens de l'art. 9 al. 1 let. a du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), il a droit à une indemnité de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF). Eu égard au travail fourni (un mémoire de recours de 4 pages, une réplique de 2 pages se limitant à confirmer les conclusions du mémoire de recours et une écriture), celle-ci est fixée à Fr. 800.-, à la charge de l'OAIE.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 20 septembre 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 400.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

3.

Un montant de Fr. 800.- est alloué au recourant à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité intimée.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant du 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 :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 :